



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le vendredi 7 novembre 2003 — Vol. 38 N° 17

**Interpellation: L'impact de la réingénierie
sur le système de santé du Québec**

**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 vendredi 7 novembre 2003 — Vol. 38 N° 17

Table des matières

Question de règlement concernant le temps de parole accordé aux députés indépendants au cours d'une interpellation	
Mme Sylvie Roy	1
Décision de la présidence	1
Exposé du sujet	
Mme Louise Harel	2
Réponse du ministre	
M. Philippe Couillard	3
Argumentation	
Mme Louise Harel	5
M. Philippe Couillard	5
M. Russell Williams	6
Mme Solange Charest	7
M. Philippe Couillard	8
Mme Sarah Perreault	9
M. Alexandre Bourdeau	10
M. Philippe Couillard	11
M. Russell Williams	12
Mme Sylvie Roy	13
M. Philippe Couillard	13
Mme Sarah Perreault	15
M. Léandre Dion	15
M. Philippe Couillard	16
M. Russell Williams	17
Mme Louise Harel	18
Conclusions	19
M. Philippe Couillard	19
Mme Louise Harel	21

Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante

Le vendredi 7 novembre 2003 — Vol. 38 N° 17

Interpellation: L'impact de la réingénierie sur le système de santé du Québec*(Dix heures sept minutes)*

La Présidente (Mme Charlebois): Bonjour, chers collègues. La commission des affaires sociales se réunit aujourd'hui dans le cadre de l'interpellation de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve au ministre de la Santé et des Services sociaux sur le sujet suivant: L'impact de la réingénierie sur le système de santé au Québec.

M. le secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

Le Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. M. Bouchard (Vachon) est remplacé par M. Dion (Saint-Hyacinthe); M. Charbonneau (Borduas) est remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); M. Copernan (Notre-Dame-de-Grâce) est remplacé par Mme Perreault (Chauveau); Mme Léger (Pointe-aux-Trembles) est remplacée par Mme Charest (Rimouski); M. Valois (Joliette) est remplacé par M. Bourdeau (Berthier).

La Présidente (Mme Charlebois): Merci. Alors, je vais vous faire un rappel des règles d'interpellation. Je vous rappelle que, selon nos règles, la séance d'interpellation est de deux heures. Le député qui a donné l'avis d'interpellation intervient le premier pendant 10 minutes. Le ministre interpellé intervient ensuite pendant 10 minutes aussi. Il y a ensuite la règle d'alternance dans les interventions, soit un député du groupe de l'opposition, le ministre et un député du groupe formant le gouvernement. Ces interventions sont de cinq minutes. Et, 20 minutes avant la fin de la séance, j'accorderai un dernier temps de parole de 10 minutes au ministre, et suivi d'un temps de parole équivalent à l'interpellant pour son droit de réplique.

Étant donné que nous avons débuté la séance un petit peu en retard, je demande le consentement de la commission pour poursuivre les travaux au-delà de 12 heures. Consentement?

Une voix: ...

La Présidente (Mme Charlebois): À midi. Mais je demande le consentement afin que nous puissions terminer les travaux parce qu'on a commencé un petit peu en retard, juste récupérer les minutes. Alors, à ce moment-ci, je vais permettre... Oui.

**Question de règlement concernant
le temps de parole accordé aux députés
indépendants au cours d'une interpellation**

Mme Sylvie Roy

Mme Roy: ...vous interrompre, Mme la Présidente. À cette étape-ci, je voudrais traiter d'une question de règlement. Ma requête est au sujet de notre temps de parole. Vous savez que ce qui régit le temps de

parole est l'article 301 de notre code. Et, en clair, ça dit: «Les membres de la commission ont ensuite...» Je ne vous parle pas des deux blocs, le préambule et la conclusion, là, mais l'alternance. «Les membres de la commission ont ensuite un temps de parole de cinq minutes par intervention. Il y a alternance entre les députés de la majorité et ceux de l'opposition», sans plus de précisions.

• (10 h 10) •

Je considère faire partie des députés de la majorité, et, pour ma formation, cinq minutes, ça m'avère insuffisant. Je vous demande donc, puisque je n'ai retrouvé aucun précédent, aucune jurisprudence... S'il y en avait, faites-moi-z-en part, mais je vous demande donc d'avoir deux blocs de cinq minutes en alternance avec un député du parti ministériel.

Décision de la présidence

La Présidente (Mme Charlebois): Alors, pour débiter, je vous rappellerai que la semaine dernière s'est tenue une interpellation, et sous le format que je vous ai soumis quelques minutes précédemment. Mais, si vous me le permettez, je vais vous faire lecture d'un texte que j'ai ici:

«Lorsque la présidence de l'Assemblée détermine l'avis d'interpellation retenu, elle tient certes compte de la présence des députés indépendants, mais elle doit aussi faire une répartition en fonction de la notion de groupe parlementaire — et on fait référence ici à l'article 297. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la majorité des interpellations sont octroyées à l'opposition officielle. Or, il est logique que, lors de l'interpellation de l'opposition officielle, le président de la commission tienne compte de cette réalité au moment de la répartition des droits de parole. Il pourrait toutefois en être autrement lors d'une interpellation demandée par un député indépendant.

«Rappelons aussi que la source de l'interpellation du vendredi matin est la période de questions qu'elle a remplacée, d'où son premier nom de question avec débat, et que les règles générales de la période de questions peuvent nous inspirer pour guider son déroulement. Or, une des règles que la jurisprudence parlementaire a énoncées à maintes reprises est que l'opposition officielle est appelée à jouer un rôle prépondérant dans le contrôle des affaires du gouvernement.

«Outre les temps prévus pour le début et la conclusion de l'interpellation, 30 minutes sont susceptibles d'être utilisées par des interventions de députés de l'opposition du débat. Dans ce contexte, il apparaît raisonnable d'octroyer une intervention de cinq minutes aux députés indépendants membres de la commission et de laisser l'opposition officielle... et de laisser à l'opposition officielle le reste du temps dévolu aux membres de l'opposition.»

Et, comme je vous dis, par ailleurs, je vous rappelle qu'une interpellation s'est déroulée la semaine

dernière sous le même type de répartition de temps. Alors, ma décision, c'est que, les blocs qui seront accordés, il y a... Attendez-moi une petite seconde. Vous serez appelée à intervenir au quatrième bloc, pour une durée de cinq minutes.

Alors, je vais permettre maintenant à l'interpellant, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, de faire son intervention, et je vous cède la parole. Je vous rappelle que vous disposez, pour votre première intervention, de 10 minutes.

Exposé du sujet

Mme Louise Harel

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Alors, d'entrée de jeu, je voudrais vous saluer, Mme la Présidente, ainsi que les membres de cette commission parlementaire et le ministre de la Santé et des Services sociaux. Alors, il y a bien des rumeurs et bien des scénarios qui circulent présentement, et je crois que le ministre lui-même y aura contribué en rencontrant, le 17 octobre dernier, les directeurs des établissements à Montréal et, le 20 octobre, à Québec, et puis en enregistrant une cassette qu'il a fait par la suite circuler dans tout le réseau de la santé et des services sociaux. Et je crois qu'il serait donc de mauvais aloi ce matin qu'il s'abrite derrière la législation à venir, et je crois que cela serait inopportun. Parce que je ne lui demande pas de présumer de l'adoption du projet de loi qu'il a annoncé ni de nous en dévoiler les dispositions, mais c'est certainement de tradition parlementaire de faire connaître les orientations du gouvernement assez longtemps avant l'adoption d'un projet de loi, notamment un projet de loi qui porte réforme dans un domaine où tous les Québécois sont concernés.

Habituellement, cette tradition parlementaire se manifeste par la publication d'un livre vert ou d'un livre blanc qui permet à l'opinion publique et qui permet aux partenaires également concernés de connaître les motifs qui animent le gouvernement sur ses intentions de légiférer, les objectifs qui sont poursuivis, les problèmes qu'il veut résoudre. Alors, comme rien de cela ne s'est encore produit, puisque nous n'avons finalement rien d'autre à nous mettre... en réflexion, plutôt, que le programme du Parti libéral...

Et je rappelle qu'en ces matières le programme du Parti libéral mentionnait qu'il s'agissait d'une coordination de services offerts par des cliniques médicales, les CLSC, les CHSLD et les centres hospitaliers. C'était à la page 13 du programme du Parti libéral, où on y lit également: «Les établissements qui doivent au premier chef coordonner leurs services sont ceux qui servent une même population selon, par exemple, les bassins de desserte des hôpitaux. À cette échelle, nul besoin de» démocratie. Alors, on ne parlait pas d'intégration, on parle, dans le programme libéral *Partenaires pour la santé* — c'est bien le titre utilisé — de coordonner des services.

D'ailleurs, le ministre lui-même a repris ces orientations lors du discours prononcé à l'ouverture du congrès de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, le 22 mai dernier, où le ministre parlait de corridors de services, où il parlait de pleine

coordination. Et, en évoquant dans ces grandes lignes des projets de réorganisation des services de première ligne, le ministre insistait à l'effet... Et je le cite: «Il faut en particulier — je le cite — assurer une liaison plus fonctionnelle entre les services dispensés par les hôpitaux, les CLSC, les cabinets de médecins et, là où ils existent, les groupes de médecins de famille.» Il ajoutait aussi: «Ils établiront entre eux une liaison fonctionnelle et instaureront des corridors de services.»

Alors, pour tout de suite, nous en sommes là dans les orientations gouvernementales, c'est-à-dire rechercher légitimement une coordination beaucoup plus fonctionnelle entre les services dispensés par les CLSC, les cabinets de médecins, les centres de soins de longue durée et les centres hospitaliers, y compris évidemment avec les groupes de médecins de famille. Alors, quel fut notre étonnement de constater que, porte close, à huis clos également, le ministre s'est adressé aux directeurs d'établissements pour leur parler non plus de corridors de services, de coordination, mais leur parler d'intégration d'établissements, d'intégration d'établissements dans la perspective de créer des mégahôpitaux à partir des hôpitaux généraux, mégahôpitaux qui vont intégrer les CLSC, les CHSLD. Alors, l'occasion est belle pour le ministre ce matin de nous faire connaître les orientations de son gouvernement à l'égard de la transformation du système de santé, de la réingénierie qu'il leur a annoncée.

Je lisais encore ce matin, dans le journal *Le Devoir*, une lettre ouverte de la présidente de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, qui représente 45 000 infirmières syndiquées, et qui disait: «À notre avis — je la cite — les projets de "réingénierie", de restructuration du réseau, de restructuration syndicale — j'aimerais aussi qu'on profite ce matin de l'interpellation pour en parler — voire les promesses de baisse d'impôts, n'ont rien à voir avec une amélioration de la santé.» Ce sont des mesures qui, pour une population qui aspire à une réduction des attentes pour consulter un médecin, pour passer un examen diagnostique ou pour se faire opérer, semblent décrochées... Et elle ajoutait: «Les annonces du gouvernement Charest sont inquiétantes, car elles reflètent une définition étroite de la santé qui ne tient pas compte de l'ensemble de ces déterminants.» Et elle ajoutait: L'étude des inégalités en matière de santé a largement démontré que l'amélioration de la santé passe par l'accessibilité des services de santé de qualité, mais aussi par un environnement sociosanitaire important.

● (10 h 20) ●

Alors donc, je profiterai de cette interpellation pour demander au ministre de faire connaître ses intentions en regard des trois projets de loi qu'il avait annoncés pour l'ouverture de la session. À tous ses interlocuteurs il a dit que, dès le début de la présente session, il déposerait ces projets de loi. Alors, aujourd'hui, il ne lui reste plus que cinq semaines maximum — et encore, si son projet de loi est déposé dès mardi — alors que, s'il le fait seulement à la fin de la période réglementaire de jeudi prochain, il lui restera quatre semaines, n'est-ce pas?

Alors, la question, évidemment, c'est: Comment il peut prétendre transformer un réseau, qui dessert 7,5 millions de Québécois, qui emploie 250 000 des

400 000 employés de l'État et qui draine annuellement 41 % des taxes et des impôts des Québécois, d'ici décembre prochain, n'est-ce pas, en quatre semaines, sans avoir fait connaître à l'opinion publique clairement quelles sont ses intentions en ce domaine? Alors, j'espère qu'il n'évitera pas, comme il l'a fait en refusant de participer au forum organisé par l'Association des CLSC et des CHSLD, qui réunira, à Montréal, à partir de ce soir et demain, 500 personnes pour discuter de cette transformation que d'aucuns appellent crise de structurite aiguë... Alors, j'espère qu'il va donc saisir cette opportunité ce matin pour nous expliquer la vision qu'il a de la transformation du réseau.

Alors, j'aurais donc à cet effet un certain nombre de questions à lui poser — elles portent essentiellement sur quatre aspects, d'abord les centres hospitaliers régionaux, ensuite la définition du territoire à l'échelle humaine; ensuite, la participation des citoyens au sein des conseils d'administration de nos établissements, et ensuite le réseau de services intégré — de manière à ce qu'il nous dise clairement, dans ces quatre domaines, s'il entend faire en sorte... Il ne faut pas être dogmatique, il y a déjà 35 centres de santé sur des territoires qui sont homogènes. Ce sont 35 centres de santé qui ont été réalisés dans le cadre de la loi actuelle. Alors, pourquoi veut-il tout chambarder, n'est-ce pas, alors qu'on peut très bien, si on a en tête une vision claire des objectifs qu'on poursuit, ces objectifs étant toujours évidemment de servir la population et donc de reconnaître des territoires d'appartenance... Alors, les 35 centres de santé existent présentement à partir de deux composantes, soit bassin desserte de population sur un territoire homogène et hôpital à vocation communautaire, qu'on peut appeler de première ligne.

Alors, en conclusion, vous comprendrez que nos questions ce matin sont à l'effet de comprendre où le ministre veut entraîner le système de santé au Québec.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, je vous cède la parole pour une période de 10 minutes.

Réponse du ministre

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. J'aimerais à mon tour vous saluer, de même que les collègues de la commission parlementaire, pour échanger sur cet important sujet qui est l'avenir de notre réseau de santé et de services sociaux, au cœur des préoccupations quotidiennes de tous nos concitoyens et de nos concitoyennes.

Lorsque je suis arrivé au poste que le premier ministre a bien voulu me confier, je me suis dit: Après près de 25 ans de pratique de la médecine dans des conditions absolument difficiles, surtout au cours des années quatre-vingt-dix, jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix en particulier, je vais toujours bien comprendre pourquoi on en est rendus là, qu'est-ce qui a fait qu'on est rendus avec un système de santé dans lequel on investit maintenant, après un grand retard, des sommes considérables et auquel on n'identifie pas de progrès majeurs en termes d'accessibilité des services, la

qualité étant, de l'avis de tous, très bien retenue dans notre système, c'est l'accessibilité qui est en cause et l'intégration.

Et finalement on peut poser quatre diagnostics sur le bilan. Et je ne passerai pas beaucoup de temps à parler du bilan du gouvernement précédent, mais il faut quand même y revenir, parce que Cicéron disait, je crois, quelque chose comme: Si on n'est pas intéressé à savoir ce qui s'est passé avant notre naissance, on est condamné à passer sa vie comme un enfant. Alors, avant de voir où on va, voyons d'où l'on vient.

Et finalement il y a quatre éléments sur lesquels on doit adresser d'importants reproches au parti qui nous a précédés au gouvernement, qui sont de la nature de fautes majeures historiques dans l'histoire du système d'assurance hospitalisation et des services sociaux du Québec. On y reviendra avec plus de détails, sur chacun des aspects, tantôt, et mes collègues de la commission du côté ministériel également y feront allusion. Et il y a finalement du matériel, là-dedans, je n'en reviens pas, pour à peu près six mois de débat, là, de désastres, d'erreurs, de manques de jugement dont on vit aujourd'hui les conséquences et dont on aura pour quelques années à se remettre.

Alors, en gros, il s'agit de quatre grands secteurs: d'abord, un sous-investissement chronique, surtout dans le premier mandat du gouvernement qui nous a précédés, qui a creusé un immense trou entre les besoins et les ressources disponibles dont on souffre encore actuellement, deuxièmement, un manque d'intégration entre les différentes missions — je note que Mme la députée y a fait allusion, et elle considère également qu'il est légitime de vouloir accélérer, ou améliorer, la collaboration entre les différentes parties du réseau — troisièmement, une importante rigidité dans l'organisation du travail, la description des tâches des divers intervenants dans le réseau de la santé et, quatrièmement — et c'est, à mon avis, la faute majeure du gouvernement qui nous a précédés, encore une fois une faute d'ampleur historique pour le Québec — la pénurie d'effectif majeure dont nous souffrons et dont nous souffrirons encore jusqu'en 2010, Mme la Présidente, environ, causée par une combinaison d'erreurs dans les planifications des places en faculté de médecine.

Et j'aurai le plaisir de rediscuter, plus tard dans la matinée, du document qu'a bien voulu déposer il y a quelques jours Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Donc, erreur dans la planification des entrées en médecine combinée à une mise à la retraite massive que tout le monde connaît bien sûr maintenant.

Nous voilà donc avec un système saigné à blanc pendant des années, où il était extrêmement difficile de donner des services à nos concitoyens. Et tous les gens ici le savent parce que, tous, nous avons vécu, par nos familles ou nos proches, au cours des années, des exemples absolument terrifiants de difficulté dans l'accès aux services et dans l'organisation de ce réseau.

Je vois que ce qui semble préoccuper certainement, à juste titre, ma consœur la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, c'est la question des réseaux locaux de services. Je voudrais quand même d'entrée de jeu faire remarquer que les réunions qui ont eu lieu avec les membres du réseau étaient tout à fait normales pour

un réseau de cette ampleur-là, avec le nombre d'employés. Il y a plus de 250 000 Québécois qui travaillent dans le réseau de la santé, et c'est bien la moindre des choses que ces gens-là reçoivent une communication de la part de celui qui a la responsabilité de gérer le réseau. J'ajoute également que, dans ces groupes, il y avait également des bénévoles des conseils d'administration de tous ces établissements, de sorte que ce n'était pas réduit au simple appareil administratif.

D'où partons-nous lorsqu'on parle d'intégration? Puis je vais donner une référence tout à fait essentielle, je crois, c'est le rapport Rochon de 1987. Et parlons de M. Rochon dont le passage au ministère ici a été teinté de beaucoup d'efforts, mais, malheureusement, à mon avis, sabordé par ses collègues du gouvernement à l'époque, où on a procédé à un virage ambulatoire qui s'imposait sans développer aucune ressource dans les soins à domicile, les soins dans la communauté, l'hébergement. Et on reviendra sur l'hébergement des personnes âgées. Je vois mon collègue député de Saint-Hyacinthe qui est également préoccupé par la condition des personnes âgées. Plus on analyse ce qui s'est passé au cours des dernières années, plus on comprend le gouffre dans lequel on est maintenant, à cause des erreurs de planification, des manques de jugement et des manques d'analyse tout à fait simples, qui a été laissé derrière le gouvernement précédent.

Alors, je cite un extrait du rapport Rochon de 1987 qui décrivait notre réseau comme un système — je cite, j'ouvre les guillemets — «un système où chacun définit en vase clos son propre champ d'intervention, qui favorise des dédoublements et l'émergence de zones grises en matière de services, de clientèle, et amène des services discontinus et incomplets. Il est impératif, poursuivait la commission Rochon, que le réseau assure la coordination des services pour que cesse la pratique actuelle, qui consiste à offrir à la manière d'une cafétéria un éventail de services discontinus et incomplets.» Fin de la citation.

Mme la Présidente, chers collègues, je sou mets respectueusement à cette Assemblée que, plus de 16 ans plus tard, rien n'a changé. Nous sommes encore aux prises avec un service, un réseau qui est fragmenté, où chacun raisonne par établissements. On veut protéger son établissement, son type d'établissement, on veut protéger son association. Nous, on va parler de la population, des patients, des usagers de services sociaux. C'est de ça qu'on va discuter dans cette Assemblée au cours des prochaines semaines, et c'est autour de ça que vont tourner nos discussions et les explications qu'on va donner à la population.

Alors, lorsqu'on parle des réseaux locaux, il faut tout de suite dire qu'il y a deux principes fondamentaux qui seront à la base de ces réseaux, d'une part la responsabilité à l'égard d'une population — et Mme la députée y a fait allusion dans son intervention — la responsabilité territoriale où on va considérer la population dans son ensemble en reconnaissant enfin ce qui est une évidence, c'est que la personne qui va au centre hospitalier, qui va au CLSC puis éventuellement au CHSLD, c'est la même personne, ce n'est pas des clientèles différentes dans chacun des hôpitaux, et il faut arrêter cette situation où on est obligé de négocier d'établissement à établissement pour assurer la continuité des

soins entre les personnes. Donc, ces intervenants seront collégialement responsables d'offrir à la population de leur territoire l'ensemble de services de première ligne le plus complet possible, d'assurer à ces personnes une prise en charge puis l'accompagnement au sein de notre système.

● (10 h 30) ●

Et qui dit responsabilité populationnelle dit avoir les moyens d'exercer cette responsabilité populationnelle, donc se voir octroyer une enveloppe budgétaire globale, gérée par programmes bien définis pour l'ensemble de cette population où, les sommes sont allouées par les intervenants de ce territoire d'après les priorités et les besoins spécifiques à chaque réalité régionale du Québec. Et on sait qu'au Québec les choses sont très différentes d'une région à l'autre. À partir du moment où on attribue une somme budgétaire ou une enveloppe budgétaire globale pour un territoire, il ne peut y avoir qu'une seule entité administrative, c'est l'évidence même, Mme la Présidente, pour gérer cette enveloppe.

Qu'on nous amène d'autres formules, nous les examinerons avec intérêt. Mais il y a deux choses cependant qu'il faut préserver: on ne créera certainement pas un système à quatre niveaux dans notre réseau de santé qui en compte trois, un; deuxièmement, il faut qu'il y ait une autorité administrative qui décide, qui ait l'autorité d'allouer les sommes et d'organiser les services, et que cette autorité soit définitive. Si ces paramètres sont respectés, nous serons bien sûr ouverts à l'examen des formules alternes qu'on voudra bien nous proposer.

Donc, premier principe: responsabilité à l'égard de la population d'un territoire pour l'ensemble des missions, à partir de l'hospitalisation en soins aigus aux soins à domicile avant ou après l'hospitalisation et, bien sûr, l'hébergement, et des relations avec les partenaires majeurs que sont les groupes communautaires ou les cliniques de médecins, par exemple, dans le cadre de l'organisation des soins de première ligne.

Deuxième principe, c'est la hiérarchisation des services, un terme un peu complexe et technique mais qui indique que chacun connaît sa place dans le réseau en termes de complexité de soins à donner et que surtout on est en mesure d'assurer à l'usager qui chemine dans un réseau complexe une meilleure complémentarité des services puis un meilleur cheminement guidé dans ce réseau au moyen d'ententes de services très formalisées entre les soins de première et deuxième ligne, entre les soins de deuxième et troisième ligne, par l'intermédiaire des structures suprarégionales que seront les réseaux universitaires intégrés de santé. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Mme la Présidente, j'ai entendu parler tantôt de structurite. Je comprends que c'est l'essentiel de l'argument qu'on voudra utiliser. Nous y répondrons non pas en parlant de structures, mais en parlant de population, de besoins, de gens malades, d'usagers de services sociaux qui ont besoin d'être accompagnés et d'avoir des soins mieux intégrés. C'est ce qui nous inquiète, c'est ce qui nous intéresse, c'est ce que nous voulons corriger. Et, pour ma part, je n'aurais certainement pas interrompu une carrière, je dois dire, assez fructueuse de spécialiste médical au service des

gens pour me consacrer quelques années à un brassage stérile de structures. C'est, au contraire, pour améliorer les services aux patients, que j'ai vus souffrir jour après jour, mois après mois, dans nos établissements, et qu'il faut absolument aider, mieux que ce qu'on fait actuellement. Et je sais que, tous autour de la table, ici, nous partageons le même objectif. Je ne doute absolument pas de cela. Que l'on soit d'un côté ou de l'autre de cette commission, je sais que nous avons en commun cet objectif. Ce que j'espère faire...

La Présidente (Mme Charlebois): En conclusion, M. le ministre.

M. Couillard: ...en conclusion, Mme la Présidente, c'est donc être en mesure, autour de cette matinée — et je remercie qu'on m'ait donné l'occasion de le faire — de mettre en évidence les principes qui sous-tendent notre action et également revenir sur le bilan du gouvernement qui nous a précédés. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le ministre. Maintenant, pour la première intervention de cinq minutes, je reconnaitrai un député de l'opposition officielle.

Argumentation

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, merci, Mme la Présidente. D'abord, Mme la Présidente, ce n'est pas la première fois que le ministre utilise un vocabulaire tel que les mots qu'il a prononcés: situation terrifiante, saigné à blanc, ampleur historique et bien d'autres aussi. Et la question qui m'est venue à la longue, puisqu'il a abondamment utilisé ces expressions un peu partout, y compris sur les ondes, c'est: Comment se fait-il que, connaissant cette situation, il ait quitté pour exercer à l'étranger durant ces mêmes années? Je pense que là aussi il devra s'expliquer.

Alors, également, Mme la Présidente, je veux que l'on parle du besoin de la population dans son ensemble. Alors, puisqu'il s'agit justement de répondre aux besoins de soins de la population, pas simplement soins curatifs, cependant — et c'est là où le ministre est à la dérive — il y a aussi toute la question de la prévention, parce qu'il ne s'agit pas simplement de se faire soigner, n'est-ce pas, ce n'est pas de la maladie que l'on cause aujourd'hui, c'est de la santé, alors j'aimerais savoir du ministre très précisément, justement pour répondre à cette population: Dans cette transformation du réseau, qu'entend-il faire avec les hôpitaux affiliés, par exemple Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui est le plus gros hôpital au Canada? Qu'entend-il faire avec les hôpitaux universitaires? Qu'entend-il faire avec les hôpitaux psychiatriques? Qu'entend-il faire avec les privés conventionnés, notamment en soins de longue durée? Qu'entend-il faire avec les hôpitaux mère-enfant, tel Sainte-Justine? Qu'entend-il faire avec les instituts, avec les cliniques médicales privées? Il y en a 450 simplement sur le territoire de l'île de Montréal.

Est-ce que je dois comprendre que, dans sa volonté, tel qu'il nous l'exprime, de vouloir faire en sorte qu'il y ait continuité de services, tous ces établissements que je viens de mentionner seront hors circuit, ne seront pas pris en compte, et qu'il n'est pas possible de faire une continuité de services autrement qu'en intégrant, comme il veut le faire, les services de première ligne aux hôpitaux généraux? Donc, la conclusion de ça, c'est en abolissant les CLSC, qui ne seront plus des établissements autonomes, qui n'auront plus de conseil d'administration, qui ne seront plus en prise directe sur les besoins de leur communauté d'appartenance.

Je donne l'exemple d'Hochelaga-Maisonneuve—Rosemont, 100 000 de population. On n'en a pas, d'hôpital. Mais le corridor de desserte a toujours été est-ouest. Est-ce que ça signifie que dorénavant il faudra aller du côté de Fleury, ou de Jean-Talon, ou de Santa Cabrini, qui sont tous des hôpitaux du nord de la ville, parce que les hôpitaux universitaires, Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu, affiliés, Maisonneuve-Rosemont, Sainte-Justine, etc., seront exclus de son projet de transformation?

Mme la Présidente, il ne faut pas être dogmatique dans ces... il ne faut pas être dogmatique en regard de tout cela, mais c'est bien évident... Et je veux insister combien la population attendait autre chose du gouvernement et combien autre chose lui aura été promis, notamment de baisser les listes d'attente, de rendre continus les services 24 heures par jour et sept jours par semaine, une accessibilité qui est notamment, on le sait maintenant, questionnée. Le ministre ajoute qu'il faut que ce soit à distance raisonnable. Ils n'ont pas parlé de ça en campagne électorale, c'était un engagement ferme d'accessibilité de services de santé 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Alors, Mme la Présidente, en matière de groupes de médecins de famille, où, encore la semaine passée, le ministre s'engageait à implanter 100 groupes de médecins de famille d'ici la fin de l'année 2003, comment le ministre peut-il expliquer qu'il draine toutes les énergies de l'ensemble du réseau de la santé vers finalement une intégration d'établissements, avec toutes les conséquences que cela aura?

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Mme la députée. Vous avez terminé votre intervention? Alors, je reconnaitrai M. le ministre de la Santé et des Services sociaux pour cinq minutes.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Mais je note, Mme la Présidente, que, pour la deuxième fois en quelques jours, Mme la députée a glissé sur un terrain personnel. Je ne voudrais pas... je ne ferai pas la même chose. Je la rassure, je ne disséquerais pas les éléments de sa vie personnelle pour les discuter dans les commissions parlementaires ou l'Assemblée nationale. Je dirais cependant que, si l'ensemble des Québécois — il y en a beaucoup qui l'ont fait — ont l'occasion et auront l'occasion d'aller passer quelques années à l'étranger pour enrichir leur expérience, leur vécu professionnel, leurs contacts interculturels — parce que c'est de ça qu'il s'est agi dans le cas présent — tant mieux, on va en bénéficier.

grandement. Tant mieux si on peut exporter un peu nos connaissances puis notre expertise, et c'est ce que j'espère continuer à faire dans les années qui suivront ma carrière politique, bien représenter le Québec non seulement ici, mais ailleurs également.

Et d'ailleurs je suis revenu en 1996, et, quand je suis revenu, en 1996, au Québec, après avoir quitté en 1992, j'ai trouvé, Mme la Présidente, le réseau dans un état désastreux, pire que celui que j'avais laissé en 1992, et les chiffres expliquent très bien pourquoi, et nous y reviendrons. Nous avons le temps, je crois, d'ici midi. Ce bilan est le pire bilan de l'histoire du Québec dans le réseau de la santé et des services sociaux, autant sur le plan des investissements, de la planification des ressources humaines que de l'organisation.

Je remarque également qu'on semble, de l'autre côté, très préoccupé par les structures. C'est nous qu'on accuse de faire de la structuration. Mais tout ce que j'entends de l'autre côté, c'est des structures: on est préoccupé par tel type d'établissements, telle organisation, telle étiquette. C'est terminé. On ne parlera plus de type d'établissements, on va parler de population, de patients puis d'usagers de services sociaux qui iront chercher leurs services, à qui on donnera les services dans les endroits qui sont actuellement les CLSC puis qui vont continuer à être les CLSC, où les gens vont savoir que c'est là qu'il faut aller pour avoir la plupart des services de première ligne. La coordination des services à domicile, la coordination des services d'hébergement pour les personnes âgées, il n'y a rien qui va changer à ça, mais enfin on aura établi une coordination beaucoup plus efficace entre ce qui se passe aux différents niveaux de notre système.

• (10 h 40) •

On parle également des réalisations de notre gouvernement depuis notre arrivée au pouvoir. Je comprends qu'il est extrêmement frustrant, Mme la Présidente, pour l'opposition de voir qu'en six mois on a déjà pas mal plus de réalisations concrètes qu'eux dans les années qui ont précédé notre arrivée au gouvernement. Quelques exemples: l'absence totale de rupture dans les services d'urgence cet été, et j'ai déjà donné crédit de ça à des mesures que mon collègue le député de Rousseau, entre autres, avait prises.

Dans le domaine des listes d'attente — et d'ailleurs je salue la compétence et l'apport remarquables que l'actuel P.D.G. de la Régie régionale de Montréal-Centre, ex-ministre du gouvernement précédent, nous apporte dans l'entreprise qui nous occupe actuellement — remarquable amélioration de la quantité de chirurgies faites à Montréal. On parle de plus de 1 500 chirurgies faites de plus cet été que l'été précédent tout simplement parce qu'on lui a permis d'avoir la solution toute facile et évidente d'établir des centres de chirurgie à haut volume.

Et d'ailleurs, au passage, je remarque que M. Levine, dont je salue la compétence reconnue universellement en gestion de systèmes de santé, lorsqu'on lui posait la question récemment, je crois, au *Point*, compte tenu de nos orientations, qu'il connaît très bien, on lui demandait spécifiquement: M. Levine, si vous étiez encore ministre de la Santé, est-ce que vous feriez la même chose? réponse: Oui, je ferais exactement la même chose. Voici donc la validation d'un

expert, voici la corroboration d'un gestionnaire reconnu en santé qui a d'ailleurs été membre du gouvernement précédent.

Autre bilan: les urgences. Vous savez ce qui m'encourage énormément? Et on aura des choses à annoncer pour les urgences très prochainement? C'est de constater que, suite à une impression de leadership, d'organisation, de vision bien définie dans le réseau, il y a déjà des projets et des progrès importants qui se font. Et là je veux rendre hommage à certains établissements, Mme la Présidente. À Québec, aujourd'hui, il n'y a que six patients dans toute la ville de Québec qui ont séjourné plus de 48 heures dans une civière. On est d'accord qu'un seul patient, c'est déjà de trop. Mais, comparé à ce qu'on vivait l'an dernier, c'est une amélioration remarquable, même à Montréal, qui est un territoire beaucoup plus difficile.

Je veux prendre le temps ici pour rendre hommage aux gestionnaires, aux médecins et au personnel de deux hôpitaux, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, que madame connaît bien, et l'Hôpital du Sacré-Coeur. L'Hôpital du Sacré-Coeur, ça aurait été incroyable de dire ça l'an dernier ou il y a quelques mois: un seul patient de séjour de plus de 48 heures, taux d'occupation de l'urgence de 88 %, uniquement par enfin la volonté des gens du milieu, qui se sentent épaulés, qui se sentent appuyés par la direction du ministère.

À Maisonneuve-Rosemont, même si c'est l'hôpital le plus occupé du Canada, comme le dit madame, exactement la même chose: seulement moins de 10 patients à plus de 48 heures, alors qu'on les comptait par dizaines et par dizaines il y a quelques mois. Alors, bravo aux gestionnaires, bravo aux médecins, bravo au personnel de ces deux hôpitaux-là. Et les autres à Montréal qui sont encore en difficulté se voient tracer la voie vers l'amélioration des services, et, cette voie, je sais qu'ils la suivront. Nous allons les aider pour ce faire. J'y reviendrai plus tard dans la matinée, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le ministre. Maintenant, je reconnaitrai un député du côté ministériel, qui sera M. le député de Nelligan.

M. Russell Williams

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Ça doit être difficile d'être le porte-parole de l'opposition en matière de santé et services sociaux après neuf ans de gouvernement péquiste. Après les coupures que nous avons vues — 1,5 milliard de dollars — les départs massifs, les impacts des décisions désastreuses des fermetures de lits de longue durée, de courte durée, les fermetures des hôpitaux, je comprends que c'est difficile, le rôle de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve aujourd'hui.

Mais j'ai écouté avec intérêt parce que j'ai pensé qu'aujourd'hui, comme j'ai utilisé les interpellations pendant neuf ans d'opposition pour avancer la cause des patients, des malades, des personnes qui ont besoin de services... Mais la chose que j'ai entendue aujourd'hui, c'était typiquement la marque de commerce du Parti québécois, de parler des structures.

Ici, nous avons décidé de cibler tous nos efforts sur les personnes, les êtres humains, et laisse-moi juste expliquer un peu, parce que souvent on parle de santé, mais, effectivement, le ministre est toujours protégé, c'est un ministre de la Santé et des Services sociaux. Et, dans un des dossiers que nous avons commencés tout de suite après notre élection, nous avons investi 7,2 % dans le système de santé et de services sociaux, mais il y a une partie de ça, 40 millions de dollars, qui a été investie pour les clientèles vulnérables. Et je suis le premier à dire: Ce n'est pas juste plus d'argent de réinvesti et une réorganisation, mais ça prend quand même plus d'argent, parce que pendant des années le Parti québécois a donné moins de coûts de système année après année après année.

Nous avons, en 2003, tout de suite après notre élection, mis 40 millions de dollars pour les clientèles vulnérables. Laisse-moi juste dresser la liste: pour les enfants autistes à troubles invasifs de développement, 18 millions de dollars; 3 millions pour les enfants dysphasiques. Je suis particulièrement fier de ces annonces parce que, ici, dans ce salon bleu, nous avons fait le débat pour avancer la cause de ces enfants pendant les années dans l'opposition. Les jeunes en difficulté, nous avons investi 10 millions de dollars tout de suite. Je me souviens, j'ai fait bataille pour ces jeunes pendant neuf ans dans l'opposition.

Aussi, juste avant les élections, les maisons des femmes victimes de violence ont demandé de l'argent et plus de support de leur gouvernement. Ça a été refusé, carrément refusé. Nous avons donné un engagement de 30 millions de dollars pendant notre mandat et nous avons commencé avec un engagement de 7 millions cette année. Je suis particulièrement fier de ça. Et nous sommes en train de discuter avec les associations comment on peut mieux répartir cet argent. Et de plus nous avons tout de suite augmenté de 9 millions de dollars pour tous les services en santé mentale.

Voilà juste un bref sommaire de, déjà en six mois, qu'est-ce que nous avons commencé, qu'est-ce que nous allons faire, qu'est-ce que nous avons fait pour les citoyens, malgré le trou de 4,3 milliards de dollars qui a été laissé par l'ancien gouvernement.

J'ai décidé de commencer un de mes blocs de temps aujourd'hui vraiment ciblés sur la clientèle vulnérable parce que j'ai écouté l'opposition officielle, et, encore une fois, c'est un débat de structures, c'est encore une fois un débat sur les établissements, et il me semble que le réseau, les travailleurs et les professionnels... Et je voudrais aussi saluer tout l'engagement et le professionnalisme de nos travailleurs et de nos travailleuses. Je pense qu'ils ont déjà dépassé ce débat, et ils sont prêts à aller beaucoup plus loin. Et on veut chercher à avoir un système qui est mieux organisé, comme le ministre l'a déjà mentionné, mieux appuyé et avec un climat de travail beaucoup plus flexible.

Mais je voudrais juste répéter, Mme la Présidente, que nous avons... Et je ne veux pas dire aujourd'hui que nous sommes satisfaits avec les 40 millions. C'est un début, c'est un pas dans la bonne direction, mais la marque de commerce de ce gouvernement, ça va être une stratégie qui va mettre en priorité

le citoyen et pas les structures. Et nous allons avancer les dossiers pour assurer que nous allons avoir le meilleur système de santé et de services sociaux au monde. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le député de Nelligan. Maintenant, je suis prête à reconnaître un député de l'opposition officielle, et ce sera Mme la députée de Rimouski.

Mme Solange Charest

Mme Charest (Rimouski): Merci, Mme la Présidente. À la lumière des commentaires à la fois du ministre de la Santé et des députés qui l'accompagnent, ce que je comprends, c'est que le plan pour faire des bons choix, qui avait été mis de l'avant par le gouvernement précédent, est mis de côté. Et je voudrais dire au ministre que, malgré toute sa bonne expertise et son bon vouloir, vous savez, quand on investit un tiers du budget au lieu du 560 millions, qui était trois fois plus important, comme l'avait prévu le gouvernement précédent, il ne pourra pas faire de miracles, malgré toute sa bonne volonté et ses capacités, sur lesquelles, là, je ne mets pas en doute au moment où on parle.

Alors, il y a peut-être une chose sur laquelle on va s'entendre: c'est vrai que la santé, c'est la priorité de la population, c'est la priorité de tout le monde au Québec. Le gouvernement actuel en a fait une priorité en campagne électorale, et, depuis ce temps, il nous dit toujours que ça demeure prioritaire. Mais, depuis avril dernier, c'est six mois qui se sont écoulés, et j'insiste sur le temps écoulé. C'est sûr que le premier ministre actuel s'était engagé à régler, hein, les listes d'attente, les urgences qui débordaient, les soins de longue durée, les services de maintien à domicile dans les 48 heures après sa prise de pouvoir à la tête du gouvernement du Québec. Je pense que, pour arriver à atteindre des objectifs de ce type-là, on sait tous qu'il faut que les services de première ligne soient bonifiés, il faut qu'ils soient la priorité réelle, et on sait très bien que les services de première ligne doivent être réglés dans ce sens-là.

• (10 h 50) •

L'apparition des groupes de médecine de famille vont dans le sens d'offrir aux citoyens, hein, un accès à un médecin de famille partout au Québec, et ça, ça fait partie des services de première ligne. Ça, ça va permettre de désengorger les urgences, d'offrir des services, les bons services, aux bonnes personnes. Pourtant, je commence à me demander qu'est-ce qui va arriver des groupes de médecine de famille.

Mais je dois dire que, le 15 mai dernier, le ministre de la Santé a inauguré un groupe de médecine familiale au Centre hospitalier de Verdun, et ce qu'il déclarait à ce moment-là me réjouissait, c'est-à-dire que «la réorganisation des services de première ligne est, pour moi, une priorité. Là où le milieu considère que les groupes de médecine de famille constituent la solution de choix, comme ici, dans l'arrondissement de Verdun, ils seront rapidement mis en place. Parce qu'il faut améliorer l'accès aux services de première ligne partout au Québec et parce que les besoins varient d'un milieu à l'autre, d'autres formules pourraient aussi être privilégiées.» Alors, ça, c'est en date du 15 mai.

Et, en juillet, un peu après l'adoption des crédits, M. le ministre de la Santé actuel déclarait encore une fois qu'il faut améliorer l'accès à la première ligne de soins parce que celle-ci fournit les services de santé près des milieux de vie des gens, ceux auxquels la population a le plus besoin... Et il déclarait: «Le gouvernement du Québec est déterminé à élargir l'accès aux services médicaux. Il faut offrir à l'ensemble de la population, au moyen de formules souples, des services continus et un service médical optimal. Le groupe de médecine de famille est une de ces formules.» Alors, je pensais que pour les groupes de médecine de famille c'était bien parti.

Et, le 19 septembre, encore une fois le ministre déclare que le gouvernement du Québec fait de l'accès aux services médicaux sa grande priorité. Et, pour ce qui est des services de première ligne, les formules doivent prévoir une inscription de patients. Il y a un suivi médical continu. Et il redisait aussi que des dizaines de milliers de Québécois et de Québécoises profiteront — parce qu'il parlait des groupes de médecine de famille... Cette fois-ci, on inaugurerait dans la région... Attendez que je me souviene, là. Je vais le retrouver. Mais ce qu'il déclarait, c'est que des dizaines de milliers de Québécoises et de Québécois profiteront ainsi, tout près de leur milieu de vie, d'un accès facilité aux services médicaux et d'un meilleur suivi grâce à la collaboration étroite entre le médecin de famille et l'infirmière, et ça, c'était dans la région de Chaudière-Appalaches.

La Présidente (Mme Charlebois): En conclusion, Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Pardon?

La Présidente (Mme Charlebois): En conclusion. Il vous reste 20 secondes.

Mme Charest (Rimouski): C'est cinq minutes que j'ai droit...

La Présidente (Mme Charlebois): Oui.

Mme Charest (Rimouski): Ah oui? Ah bon! Alors, moi, j'en avais pour beaucoup plus que ça. Je reviendrai un peu plus tard. Il a, par contre, décidé de geler les groupes de médecine de famille, et le Dr Dutil, qui est le président de la Fédération des médecins omnipraticiens, voudrait bien savoir où l'argent qui était prévu pour les groupes de médecine familiale est allé. Et M. Dutil...

La Présidente (Mme Charlebois): Je m'excuse, je dois vous arrêter, le temps est écoulé.

Mme Charest (Rimouski): Oui? Alors, je pose la question au ministre au nom du Dr Dutil et de tous les citoyens du Québec.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Mme la députée de Rimouski. Maintenant, je suis prête à reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Alors, Mme la Présidente, quand on parle de médecine de première ligne, on a raison de dire qu'il faut améliorer l'accès. Puis là on parle d'effectifs médicaux. Ça va être l'essentiel de mon intervention maintenant. Juste brièvement, pour les groupes de médecine de famille, on a fait ce qui aurait dû être fait avant, c'est-à-dire l'évaluation que le Conseil du trésor lui-même du gouvernement précédent avait demandée, qui n'avait jamais été faite. C'est une habitude d'ailleurs du gouvernement précédent: on lance des choses puis on pense que, parce qu'on a lancé des choses, on a réglé le problème. Bien, malgré le fait que le Conseil du trésor avait demandé une évaluation après 22 ou 23 unités, ça n'a jamais été fait. On le fait. On finit notre cadre d'évaluation — quelques semaines encore, m'a-t-on dit — et on reprend l'accréditation par la suite.

Et là il faudrait s'interroger un peu, sur le côté de l'opposition, plus particulièrement la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, qui vient de Montréal. Comment ça se fait qu'à Montréal il y a juste quatre groupes de médecine de famille? Probablement que la réponse, c'est: C'est parce que les gens ne comprennent pas, les docteurs sont bornés. C'est un peu comme les fusions municipales: ils ne comprennent pas, on va leur montrer que c'est bon. Bien non, ça ne marche pas parce que ce n'est pas adapté correctement à la pratique urbaine. Alors, c'est une des questions qu'il faut se poser.

Puis la députée aurait beaucoup d'impact constructif dans le débat en nous suggérant des solutions à ce problème-là. Parce que ce qui est fondamental — puis on est d'accord avec ça — c'est des choses comme l'inscription des patients, la prise en charge continue, l'aspect multidisciplinaire — il y a probablement d'autres façons de le faire, à Montréal particulièrement — parce que ce n'est pas normal qu'on ait actuellement seulement quatre groupes de médecine de famille à Montréal puis pas beaucoup d'intérêt pour en former d'autres, Mme la Présidente.

Lorsqu'on parle d'accès aux services médicaux, on parle nécessairement d'effectifs médicaux. Et là je ne peux faire autrement — puis je vais le faire à plusieurs reprises au cours des prochaines semaines, même des prochaines années, je le sens — que revenir sur ce document déposé le 4 novembre par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, qui, franchement, là, est assez décevant, montrant effectivement une capacité d'analyse relativement faible du côté de l'opposition. Alors, on nous dit que, pour montrer que c'est à cause du Parti libéral qu'il y a moins d'admissions en médecine, on dépose ce document le 4 novembre. J'invite la population à se procurer ce document, Mme la Présidente. Nous en avons de nombreuses copies au cabinet. Nous le distribuerons avec plaisir à tous ceux qui en voudront un exemplaire, de même qu'aux médias.

Alors, on voit un graphique, ici, qui indique le nombre d'admissions en médecine au Québec et en Ontario entre 1992-1993 et 2001-2002. À la dernière année du gouvernement libéral, jusqu'en 1994, il y a eu effectivement une diminution de six places en médecine, passant de 495 à 489. Il y avait à l'époque plus

d'admissions en médecine encore au Québec qu'en Ontario. C'est au cours des années suivantes, Mme la Présidente, que le désastre a frappé. Regardons le schéma ensemble: diminution à 457, dès la première année du gouvernement suivant, et catastrophe trois années de suite: 406, 406, 406, au bas du tableau, entre 1996 et 1999. Et c'est là qu'on a creusé la tombe du réseau de la santé, dans un manque de perspective et de jugement absolument catastrophique. Parce que, sur la même feuille, en haut vous avez une source, Collège des médecins du Québec et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1997, en plein moment de cette erreur, qui nous montre que clairement les besoins pour les années 2000 ne seront pas remplis avec de la planification.

Alors, je ne comprends pas qu'on veuille présenter ce document. Ça me sidère, honnêtement, le manque d'analyse puis, je dirais, de... effectivement d'analyse qui est apparent et totalement, là, incroyable. Parce que trois années de suite à 406 étudiants en médecine, ça arrive au fait que, cette année, le Collège des médecins donne le plus petit nombre de licences de pratique de son histoire, ça arrive au fait qu'en Mauricie il n'y a personne qui a de médecin de famille. C'est ça que ça donne. Parce que, les gens qui ont été admis en médecine dans ces années-là, c'est cette année, puis l'année passée, puis l'an prochain qu'ils vont graduer, parce que tu prends longtemps à former un docteur, Mme la Présidente.

Alors, ça, si c'était juste ça, bien, on pourrait dire: Bien, écoute, c'est une erreur majeure, puis ils vont le reconnaître. D'ailleurs, un jour il va falloir qu'ils s'excusent à la population de ça, Mme la Présidente, de façon claire et indubitable. Mais en même temps on a mis des gens à la retraite. Quelle logique! On a arrêté d'admettre des gens en médecine et en sciences infirmières, par le fait même, en passant — puis on aura des chiffres plus tard là-dessus — et en même temps on a mis 1 500 médecins à la retraite et plus de 4 000 infirmières, et, surprise, il manque de médecins au Québec. C'est incroyable, on est surpris de ça. C'est une faute dont le Parti québécois aura à répondre pour de nombreuses années. Et, je répète, c'est la faute la plus grave commise par un gouvernement depuis l'avènement du régime historique de santé et d'hospitalisation que nous avons au Québec.

J'attends des excuses, la population attend des excuses. Elle a droit à des excuses des gens parce que les gens qui ont pris ces décisions, Mme la Présidente, sont encore assis là. Les gens qui étaient au gouvernement lorsque ces décisions ont été prises sont encore assis dans les banquettes de l'Assemblée nationale, et, lorsqu'ils se lèvent pour poser des questions qui relèvent des effectifs médicaux, ils devraient avoir la décence de s'excuser à la population, de reconnaître leurs erreurs et d'apporter les solutions constructives pour corriger les conséquences fâcheuses de ces erreurs, Mme la Présidente. Je vous remercie. Il reste 10 secondes, je vais vous faire grâce des huit secondes donc qu'il reste.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux. Maintenant, je suis prête à reconnaître un député de la partie ministérielle, et ce sera Mme la députée de Chauveau pour cinq minutes.

Mme Sarah Perreault

Mme Perreault: Oui. Merci beaucoup, Mme la Présidente. Ça me fait plaisir, à titre de nouvelle députée, d'intervenir dans cette interpellation sur un sujet qui est extrêmement important pour l'ensemble des Québécoises et des Québécois, la santé, un sujet dont mon gouvernement a fait sa priorité. Je veux profiter de cette occasion qui m'est donnée pour rappeler à l'opposition officielle que, le 14 avril dernier, les Québécoises et les Québécois ont voté pour un grand changement, ils ont voté pour le Parti libéral du Québec, un changement qui était assez clair, où on avait annoncé nos couleurs en septembre 2002. Il était clair que, pour nous, il était essentiel de moderniser l'État, de revoir nos structures, et les citoyens du Québec, quand ils ont voté, ils savaient très bien qu'ils nous donnaient un mandat de changement, mandat qu'on a accepté, notamment en santé, de revoir les structures, de placer aussi le citoyen au cœur de nos préoccupations.

Je veux profiter de l'occasion qui m'est donnée aussi pour saluer le travail de mon collègue le ministre de la Santé. Il a fait état tout à l'heure de... Non seulement on a réinvesti en santé, je veux rappeler ça aussi parce que c'est important, on a fait un réinvestissement majeur qui traduisait fort bien la priorité qu'on faisait de la santé... Alors, cet été, on n'a pas eu de crise dans les urgences. C'est des données qui sont importantes. Il y a une réduction des listes d'attente, notamment en chirurgie, et je pense que l'opposition officielle a de la difficulté à reconnaître ces bonnes choses qui arrivent au Québec. Ce n'est pas parfait, je vais en convenir, mais c'est extrêmement important de voir l'amélioration qui survient dans le réseau de la santé. Alors, pour la population, c'est important, et les gens du Québec sont préoccupés par ça. Ils sont contents de voir aussi que ça s'améliore. C'est sûr qu'il y a encore des choses à faire, le ministre de la Santé en fait souvent état, mais ça s'est amélioré.

● (11 heures) ●

Je veux revenir aussi sur les réseaux locaux de services qui font partie... Tout à l'heure, la députée d'Hochelaga-Maisonneuve nous parlait de structures, structures, structures. Je n'ai pas souvent entendu le mot «patient», «population», «personne», «individu». L'objectif de notre gouvernement, c'est de placer justement l'individu au cœur de nos préoccupations et de faire en sorte qu'il puisse avoir accès à des services, et des services qui sont dans une continuité, c'est-à-dire que, quand on va dans un centre hospitalier, le dossier puisse suivre aussi après, quand on sort.

J'ai une personne dans mon comté qui a été opérée — c'est une opération extrêmement importante; j'en fais état parce que ça démontre qu'il faut suivre le patient dans toutes les étapes de sa guérison, que ce soit sa convalescence, etc. — qui a eu de la difficulté à avoir des services, une fois rendue chez elle. C'est important que les services suivent après. C'est ce que le ministre de la Santé actuel tente de faire en revoyant les structures, puis ça, afin de faire en sorte que les patients n'aient pas à multiplier les démarches. Et, quand tu es malade, quand tu es affligé par une opération ou quoi que ce soit, c'est extrêmement difficile d'avoir à traverser un nombre incalculable de

dédales administratifs. Ce n'est pas une façon de faire qui est acceptable, et c'est ce qu'on veut revoir en faisant en sorte de la création des réseaux locaux de services qui transforment finalement les régies régionales actuelles. C'était annoncé; ce n'est pas nouveau.

Tout à l'heure, la députée d'Hochelaga-Maisonneuve avait l'air de prétendre que ces choses-là... Elle parlait de livre blanc, livre vert, comme si ces choses-là n'avaient jamais été discutées, qu'on avait sorti ça d'un chapeau il y a un mois puis que personne n'était au courant de ça. Je pense qu'on a toujours été clairs là-dessus; le ministre de la Santé actuel a été clair là-dessus, on l'a été en campagne électorale, on l'a été un an d'avance, qu'on voulait revoir, transformer les régies régionales actuelles, faire en sorte qu'elles répondent plus aux besoins de la population.

On a également dit que ce seraient les régions qui auraient à définir leurs propres réseaux locaux de services, qui réuniront les CLSC, les CHSLD, les centres hospitaliers, les soins généraux et spécialisés. Alors, c'est les régions qui vont privilégier le type de réseaux qu'ils voudront établir, puis ces réseaux-là auront le mandat de s'occuper globalement de la population de son territoire afin de faire qu'il y ait une seule unité administrative, qu'un conseil d'administration.

Alors, je le répète parce que c'est important, on était clairs là-dessus, ce n'est pas nouveau, ça faisait partie de nos priorités, puis toujours — je veux revenir sur le contexte — toujours dans le souci d'offrir les meilleurs services à la population et d'améliorer la qualité de ces services-là, parce que c'est ça qui est au cœur de nos préoccupations. Alors, vous me permettrez de vous dire en terminant que je suis convaincue que notre réseau de santé s'est amélioré. Il y a encore des choses à faire, et le ministre de la Santé actuel y travaille. Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Mme la députée de Chauveau. À ce moment-ci, je suis prête à reconnaître un député de l'opposition officielle qui sera M. le député de...

M. Bourdeau: Berthier.

La Présidente (Mme Charlebois): ...Berthier. Allez-y, M. le député de Berthier, pour cinq minutes.

M. Alexandre Bourdeau

M. Bourdeau: Merci, Mme la Présidente. Je veux parler aujourd'hui de la vaste opération de relations publiques que le ministre a faite au début septembre, qui a amené tout dernièrement un échec flagrant. Moi, souvent je dis: On ne juge pas les personnes par leurs paroles mais par leurs actes, et on voit bien que les actes qui sont arrivés ont été tout à fait catastrophiques. Au début septembre, M. le ministre parlait d'un projet qu'il disait qu'il ne représentait pas un gros investissement, puisque les données sont toutes disponibles et qu'elles sont déjà offertes ailleurs au Canada. Je parle bien évidemment des listes d'attente sur Internet.

Lorsque le ministre, premièrement, parle du peu de coûts, j'ai une question pour lui. Il y a des chiffres

qui ont été avancés, que la mise en place du projet serait environ 300 000 \$. Bien évidemment, ce 300 000 \$ là, on ne parle pas de la mise en place du SGAS, de l'informatisation justement du réseau. Puis, en plus de ça, le ministre dit que les données sont toutes disponibles, sauf que, comme M. Boisvert, que vous devez connaître, adjoint au vice-président exécutif de l'Association des hôpitaux du Québec, dit, il n'y a pas de système uniformisé de gestion des listes d'attente dans l'ensemble des établissements. Il faut, en fin de compte... Et, comme M. Dugré aussi dit — que vous devez connaître encore plus, qui est de la Fédération des médecins spécialistes du Québec — comme M. Dugré dit, on a voulu mettre un site en ligne avec précipitation, et la discussion de fond n'a pas été faite. Il n'y a pas en place encore un système de gestion qui ferait en sorte de pouvoir réellement avoir une liste d'attente qui pourrait être fonctionnelle.

Et, en plus de ça, on fait un gros spectacle avec ça. On dit: Bon, aïe, ça va être la panacée, c'est ça qui va aider... Pas juste ça, là, ça va aider à réduire les listes d'attente. Sauf qu'en même temps, au ministère, on dit que l'information tirée du registre sur les listes d'attente provient directement des centres hospitaliers — on donne un avertissement, là — des centres hospitaliers qui participent à la collecte trimestrielle des données. L'exactitude des informations qui sont contenues est complètement dépendante des données soumises par les centres hospitaliers qui l'approvisionnent. En conséquence, le ministre de la Santé et des Services sociaux ne peut en aucun cas être tenu responsable de l'exactitude de ces informations. Alors, on donne cet avertissement-là, mais on dit en même temps que ça, c'est vraiment ce qui est bien, les gens vont pouvoir magasiner. On commercialise les listes d'attente. Sauf qu'on sait, Mme la Présidente, qu'en vérité c'est un nuage... ça ne pourra pas fonctionner.

En Colombie-Britannique, ça a été mis en place. Ça a été un échec. On réapproprie des choses, et ce sera encore un échec. Et ce n'est pas moi qui le dis, hein, Mme la Présidente, mais même M. Dugré le dit. Le Dr Dugré, il dit: C'est une mobilité virtuelle. Il dit: C'est franchement berner la population que penser qu'on va améliorer l'accessibilité en divulguant les listes d'attente, juge-t-on à l'Association des hôpitaux du Québec.

Mme la Présidente, on voit que des gens qui sont spécialistes, hein — je ne suis pas un spécialiste dans le domaine, je ne suis pas médecin — mais des gens qui sont spécialistes disent que c'est berner la population. Pourquoi le ministre, au début septembre, est arrivé avec ça et fait une vaste opération de relations publiques? Était-ce pour se montrer à la télévision ou pour vraiment aider le réseau de la santé? On se pose des questions, de ce côté-ci.

Il y a d'autres gens qui parlent encore... Puis ça, c'est aussi... C'est une question par rapport aux listes d'attente. C'est beau, dire: Les gens vont pouvoir magasiner leur liste d'attente. Mais comment qu'on va faire pour déplacer les budgets? Il y a un autre médecin, Louis Bernard, qui dit: «Si le patient change d'hôpitaux et de médecins, il faudrait prévoir d'autres consultations, d'autres examens, la multiplication des actes, une augmentation inutile des coûts. Dans cette conception mercantile et libérale de la médecine, les chirurgiens

sont malheureusement réduits à un rôle de super-techniciens. Alors, dans cette hypothèse, qui assurera le suivi du patient? Encore une fois, il dit aussi, la publication des listes d'attente n'est qu'un autre leurre faisant partie de l'arsenal des idées magiques et de dogmes de ce gouvernement. La seule transparence à laquelle elle contribue est celle de plus en plus claire que l'équipe Charest, y compris son ministre de la Santé, cherche les solutions toutes faites, importées et non validées qui puissent masquer son incapacité de penser, de juger et d'agir.»

Il faut bien comprendre, Mme la Présidente. De ce côté-ci, on n'est pas contre la transparence, mais il faudrait que la transparence soit réelle.

La Présidente (Mme Charlebois): En conclusion, M. le député de Berthier, s'il vous plaît.

M. Bourdeau: Oui. Oui, tout à fait. J'ai une question pour le ministre, en conclusion: Est-ce que le ministre est plus intéressé à déplacer les patients que d'amener les médecins vers les patients?

La Présidente (Mme Charlebois): Est-ce que vous désirez poursuivre?

M. Bourdeau: J'ai terminé...

La Présidente (Mme Charlebois): Vous avez terminé?

M. Bourdeau: Oui, oui, oui. Allez-y, allez-y. Je vais attendre que le ministre réponde.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le député. Maintenant, je suis prête à reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Oui. Je vais brièvement parler des listes d'attente sur Internet, puisque M. le député y a fait allusion. C'était intéressant de l'entendre discuter de cette question-là. Évidemment, l'objectif de ça, ce n'est pas d'améliorer en soi l'accès. Comme je le dis souvent, c'est comme si regarder les cours de la Bourse nous rendait subitement millionnaires, là. C'est les autres investissements, les autres intégrations de services qui vont améliorer l'accès aux services. Mais ce qu'il s'agit ici, c'est de transparence puis de communiquer l'information aux citoyens. Puis, en passant, cette information-là, c'est celle dont, moi-même, je dispose puis celle dont le gouvernement précédent disposait également, parce qu'ils n'ont pas été capables de mettre en place à temps le système de gestion d'accès aux services, ou SGAS, qu'il va falloir déployer assez rapidement pour que les données soient de plus en plus fiables.

D'ailleurs, je rappelle qu'à partir de décembre on aura une collecte mensuelle sur le site plutôt qu'une collecte trimestrielle, comme c'est le cas actuellement. Donc, on va progresser lentement vers un objectif de données plus fiables. Et c'est bien malheureux qu'on en soit encore à ce niveau d'information là, effectivement.

● (11 h 10) ●

Mais j'aimerais parler maintenant d'une situation qui nous inquiète beaucoup comme population, comme gouvernement et, je suis certain, plusieurs membres de l'opposition, c'est la question des personnes âgées, les personnes âgées qui ont une perte d'autonomie progressive et qui ont de plus en plus de difficultés à obtenir des services à domicile de même que de l'hébergement. Et là encore il faut parler brièvement du bilan du gouvernement précédent. Prenons, par exemple, l'analyse. Parce que, encore une fois, ce qu'il manque, de l'autre côté, c'est l'analyse. Prenons l'analyse des investissements pour les personnes âgées, Programme Personnes âgées du ministère, entre 1994-1995 et 2000-2001. Alors, nous avons, sur cette période, une augmentation d'investissements dans ce programme de 14,3 %. On pourrait dire: Ah! c'est excellent, on a augmenté l'investissement de 14,3 % pour les personnes âgées. Or, pendant ce temps-là, Mme la Présidente, il y a eu 8,5 % d'inflation et le nombre de personnes âgées a augmenté de 13 %. Donc, en pratique, on a diminué le financement, pour les services aux personnes âgées, de 7 % entre 1994-1995 et 2000-2001.

Constatation similaire pour le Programme des personnes âgées en perte d'autonomie, PAPA, pour le versant d'hébergement institutionnel. Sur six ans, l'investissement a été identique au taux d'inflation — 8,5 % — donc aucune croissance réelle des investissements alors qu'on savait bien, c'est bien connu, que la population vieillit au Québec, qu'on compte actuellement plus de 1 million de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 13 % de la population, que ce nombre va s'accroître très rapidement à compter de 2001, que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus va atteindre 25 % en 2028. Et c'est maintenant qu'il faut prendre le virage d'une meilleure organisation pour les personnes âgées en perte d'autonomie, et c'est ce que nous allons faire de plusieurs façons. On aura l'occasion d'y revenir.

Puis, pendant la même période, Mme la Présidente, on a coupé des lits. On a coupé des lits en centre d'hébergement. En fait, si on fait le calcul des lits enlevés et ajoutés, on a à peu près 6 000 lits coupés en hébergement au Québec dans la dernière partie de la décade quatre-vingt-dix jusqu'au début des années 2000. Alors, on peut bien avoir du retard maintenant puis avoir de la difficulté à placer nos personnes âgées en milieu d'hébergement!

Puis on se souvient également des remarques du Vérificateur général à ce sujet-là il y a deux ans, suite auxquelles la seule action concrète a été de mettre sur pied un registre qui, comme l'a souligné avec justesse Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve l'autre jour, est entièrement facultatif, plus ou moins fiable et n'est pas absolument assujéti au programme de vérification de la qualité. Alors, ce qu'il faut faire, donc, c'est rendre accessibles des services de santé et services sociaux dans le milieu de vie des personnes âgées, là où ils ou elles choisissent de vivre, et aller les soutenir dans leur communauté. Les réseaux intégrés de services, d'ailleurs, pour servir une population de façon continue, auront un rôle important à jouer là.

Il faut diversifier nos façons de faire pour bien répondre aux besoins des personnes âgées et de l'avenir qui nous attend au Québec. Actuellement, on a un taux

d'institutionnalisation des personnes âgées qui dépasse 3,5 %, qui est autour de 3,7 %. Si on continue dans la même philosophie que celle qu'on a actuellement, on va dépasser 4 % d'ici quelques années, et il n'y a aucun gouvernement au monde qui est capable de faire face à un besoin en institution de cette importance-là. Alors, ce qu'il faut, c'est développer des alternatives, encore une fois de faire appel à la notion de milieu de vie, de garder nos personnes âgées le plus longtemps possible près de chez elles ou chez elles, dans des endroits qui correspondent plus à ce qu'on entend par un endroit où on vit, où on reçoit sa famille, plutôt qu'une institution de santé, et où l'État déploie les services publics d'assistance et de soins chez la personne âgée, et c'est là que le Programme de soins à domicile devient particulièrement important. Il va falloir rattraper tout le retard, que j'ai mentionné tantôt, en investissements, et je signale au passage qu'on a prévu 4 millions de dollars pour expérimenter des nouvelles formes de partenariat qui vont exactement dans ce sens-là, Mme la Présidente.

Et ce qui est absolument remarquable, c'est de constater l'enthousiasme de partout au Québec. On a reçu plus de 80 projets de partout au Québec avec des partenaires, pas seulement l'entreprise privée, les groupes communautaires, les OSBL. Ces gens-là sont tous intéressés à se lancer dans ces projets-là, et il y a là un progrès fondamental de la façon dont on traite nos personnes âgées, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux. Maintenant, je suis prête à reconnaître un député de la partie ministérielle, M. le député de Nelligan.

M. Russell Williams

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Nos hôpitaux aujourd'hui peuvent juste voir la différence très facilement entre nous et l'ancien gouvernement du Parti québécois. Le Parti québécois a parlé de structures, le ministre de la Santé et des Services sociaux a juste parlé des services pour les personnes âgées.

J'ai parlé, à ma première intervention, pour les services pour les clientèles vulnérables. Maintenant, je voudrais parler sur les services en déficience physique. Je sais que l'opposition veut rester sur un débat de structures; on veut utiliser les deux heures aujourd'hui pour avancer la cause des patients, des services directs à la population. Alors, vous allez voir aussi une autre différence entre notre approche maintenant et les derniers neuf ans. Nous allons avoir des objectifs clairs, avec un programme de mettre en place les services, mais aussi nous sommes porteurs de faire une évaluation: Est-ce que ça a bel et bien répondu à nos objectifs?

Le ministre a déposé hier un plan d'action, *Orientations ministérielles en déficience physique — Objectifs 2004-2009*, pour les services de déficience physique, qui a été accepté très, très positivement par tout le réseau. Je voudrais aussi saluer, avant d'entrer dans le fond de ça, tous ceux et celles qui ont participé, après une vaste consultation, dans le développement de ce plan d'action. Ça va être aussi notre marque de commerce de travailler avec nos interlocuteurs.

Mais je me souviens encore une fois de mes années en opposition. J'étais obligé d'utiliser les privilèges ici de faire les débats pour avancer les causes pour ceux et celles qui ont besoin des services en réadaptation pour les déficiences physiques. Nous avons maintenant un plan d'action qui est complètement différent de l'ancien gouvernement. Nous allons fixer des objectifs d'évaluation, dépistage, parce que, souvent, si nous avons un meilleur système de dépistage, évaluation en bas niveau, on peut trouver les services plus vite. Nous allons aussi avoir une stratégie qui rend les services plus efficaces pour les clientèles, un changement des aides techniques pour avoir une meilleure accessibilité, mais aussi nous allons fixer les objectifs d'attente, parce que, malheureusement, nous avons vu un gouvernement qui a géré le système de santé et services sociaux par les listes d'attente. Et j'ai parlé des listes d'attente pour les services de réadaptation souvent dans cette Chambre, et, malheureusement, dans quelques régions ils n'ont pas une liste d'attente. Il n'y a pas une liste d'attente parce qu'il y a pas de services. C'est incroyable. Avec ça, ils disent: Comment on peut avoir une liste d'attente quand nous n'avons même pas les services?

Nous allons essayer d'avoir... nous allons faire un système afin d'assurer que chaque région va avoir une chance d'avoir les services dans une façon plus simple, harmonisée, pour assurer qu'il y a une stratégie qui peut encourager le développement et une participation de ceux et celles qui ont une déficience physique.

Mais il faut que je termine mon intervention aussi avec une autre chose qu'on travaille maintenant, et on espère bientôt, comme le premier ministre l'a mentionné dans son discours inaugural, que nous allons déposer une réforme de la loi pour les droits des personnes handicapées. Et je travaille avec le ministre sur ça au moment où on parle, et on espère d'arriver dans le plus bref délai.

Il y a toute une différence entre notre approche et votre approche. Nous, on fait ça maintenant, les premiers six mois de notre mandat. Le comportement de vous — deux mandats — était juste avant l'élection: ah! quelle grande surprise! un papier blanc, un avant-projet de loi. Là, c'était en 1994. En 1998 ou... Excuse. En 1998, dernière élection, juste avant les élections, quelle grande surprise! un dépôt d'un projet de loi avec aucun temps pour faire un débat pour les personnes handicapées.

Nous allons faire ça au début du mandat, nous allons faire ça dans une façon respectueuse, et voilà deux exemples que nous allons changer le cadre législatif. Mais, dans le même temps, avec l'excellent travail du ministère et tout le réseau, nous allons avoir un plan d'action qui est concret, qui peut... Et vous pouvez mesurer ça, et je vous encourage de lire le document et, chaque année, vérifier. Est-ce qu'on progresse? C'est une façon qu'on peut faire du progrès.

Mais, vous autres, dans le passé, vous avez géré ça par listes d'attente. Nous, on n'accepte pas ça. Nous allons avoir une stratégie qui est basée sur des objectifs et un respect pour ceux et celles qui ont besoin des services. Merci beaucoup, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le député de Nelligan. Avant de passer la parole à Mme la députée de Lotbinière, j'aimerais rappeler aux membres de cette commission qu'il faut toujours s'adresser à la présidence plutôt que d'intervenir entre vous.

Alors, maintenant, je suis prête à reconnaître, pour l'enveloppe de cinq minutes, Mme la députée de Lotbinière.

Mme Sylvie Roy

Mme Roy: Alors, Mme la Présidente, je veux vous dire qu'au nom de mon groupe politique nous ne sommes pas attachés aux anciennes structures. Mais, par contre, nous ne sommes pas non plus intéressés à avoir du changement pour du changement. Ce que la population craint le plus, c'est d'avoir des changements de noms, d'avoir des coquilles vides, d'avoir les mêmes personnes, les mêmes façons de faire à l'intérieur de structures qui portent des noms différents ou qui... finalement ce qu'on appelle changer le papier à lettres.

Mes questions vont être en cascade sur trois sujets, mais avec une optique différente de celle qui a été abordée parce que, moi, je viens des régions. Je vous entends parler, vous parlez de grands centres, puis, dans les régions, les réalités sont différentes.

● (11 h 20) ●

Pour illustrer mon propos, moi, j'ai 37 municipalités dans mon comté, deux régies régionales qui s'occupent de mon comté. Chez nous, le monde vont vers l'hôpital de Nicolet, l'hôpital de Trois-Rivières, l'hôpital de Victoriaville, l'hôpital de Thetford Mines. En Beauce, à Sainte-Marie, quelques-uns vont à Lévis. Si, par malheur, il faudrait s'adresser au CLSC près de chez nous pour des problèmes de santé mentale, on va aller à Drummondville, et souvent, par coup de cœur, on va se rendre aussi au CHUL. Donc, je vous ai dit «huit», mais je suis rendue à 10, puis ça, c'est ce qu'on vit en région, puis il y a beaucoup de comtés qui sont comme le mien. Et puis, quand je vous entends parler, vous décrivez souvent les réalités de grandes régions métropolitaines, puis on a de la misère à l'appliquer dans le concret de ce qui se passe en région.

Donc, mes questions vont toucher les listes d'attente, la RAMQ, qui est un petit peu moins régionale, et puis les agences régionales. Je n'irai pas d'un long préambule, j'ai cinq minutes. Les listes d'attente. Il y a deux sortes d'attente, il y a celle pour la chirurgie. Vous avez parlé de personnes imputables. J'aimerais savoir: Comme, nous, on a affaire avec 10, à peu près, hôpitaux dans notre coin, qui va être la personne imputable? Comment on va la nommer? Comment on va établir les délais maximaux dans chacun? Est-ce que ça va être conforme dans tous les hôpitaux? Ça va être le même délai? Et puis quelles vont être les sanctions des hôpitaux qui n'arriveront pas à respecter les délais maximaux?

Les urgences. Quand vous parlez d'un service 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour les régions, là, ça veut dire quoi? La plupart, on a de la difficulté déjà à garder nos CLSC ouverts. Est-ce qu'on parle d'un service 24 heures, sept jours quand on a une à deux heures de route ou une heure de route à faire? Non, je ne pense pas, hein? Il n'y aurait pas lieu, là, de mettre un

peu la lumière ou, en tout cas, les efforts quand vous voyez qu'on est plus loin des grands centres puis qu'on n'a pas de solution alternative, contrairement à d'autres hôpitaux qui sont plus proches puis que finalement on peut se débrouiller? Il n'y aurait pas lieu de mettre un effort supplémentaire quand on a un délai long pour une urgence, là? Puis, compte tenu aussi que, en plus que les urgences soient loin, les ambulances sont aussi loin, donc ça double les délais.

Quant à la RAMQ, l'assurance médicaments, les coûts, on sait, tout le monde, que les médicaments coûtent de plus en plus cher, que le budget se gonfle, se gonfle, que les dépenses de la RAMQ ont atteint 1,9 milliard en 2002 pour 3,2 millions d'assurés, et puis plusieurs choses expliquent ces facteurs-là. Mais on se demande, nous, à l'ADQ, s'il n'y aurait pas lieu d'établir une politique de négociation de prix avec les compagnies pharmaceutiques. Pourquoi la RAMQ paie toujours le gros prix quand les hôpitaux de Montréal peuvent ensemble négocier des prix? Et puis, comme l'exemple qui est le plus souvent cité, là, le flacon de captopril qui peut revenir à 92 \$ pour ces hôpitaux-là et 279 \$ pour la Régie, je pense qu'il y a là un effort à faire, et je me demande si vous l'avez entrepris puis à quel niveau vous en êtes rendus.

Quant à la fraude dans la RAMQ puis l'utilisation inconsidérée de la carte d'assurance maladie, M. Paradis... le député, plutôt — je vais dire le député de Brome-Missisquoi — en 1997, venait à la Chambre en parlant de ce problème-là, c'est-à-dire qu'il a exprimé que c'était possible de vivre à l'extérieur du Québec et de revenir se faire soigner. On savait aussi que ce problème-là existait à cette époque-là, au niveau du gouvernement en place à l'époque. On y a répondu, on a dit qu'on ferait les mesures. Tout le monde est au courant de ces pratiques. On s'est souvent acharné sur ce qu'on appelait les «snowbirds», là, ces retraités qui passent l'hiver en Floride et puis qui connaissent maintenant bien les façons de...

La Présidente (Mme Charlebois): En conclusion rapidement, Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Oui, je vais... La question: Est-ce que vous allez, quand vous dites faire une enquête, aller jusqu'au ministère de l'Immigration? Parce que ça prend un certificat...

La Présidente (Mme Charlebois): Je m'excuse, je dois vous arrêter, on a déjà dépassé le temps alloué. Maintenant, je vais reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Je félicite ma consœur la députée de Lotbinière d'avoir réussi à rentrer tant de points intéressants dans le court espace de temps qui lui est attribué.

Mme Roy: J'en ai d'autres.

M. Couillard: Ha, ha, ha! J'en suis convaincu, qu'il y en avait d'autres, effectivement. Tout d'abord,

pour lui dire brièvement, pour les réseaux locaux de services, j'ai eu l'occasion d'aller rencontrer les gens dans Chaudière-Appalaches, et je sais qu'elle a une autre régie régionale dans son comté également, et ce qu'on ressent, là, puis comme ailleurs, c'est beaucoup d'intérêt, beaucoup d'enthousiasme pour cette entreprise que nous débutions au cours des prochaines semaines.

Et ce qui est important, pour rassurer les gens des régions, c'est: ce que vous dites est absolument vrai, on ne peut pas comparer une région à l'autre, certainement pas les régions urbaines, les régions rurales. Puis, entre les régions rurales, il y a des différences également. C'est pour ça qu'il y a une géométrie variable qui va être considérable dans l'organisation des services dans différentes régions, d'après ce que les gens sur place vont vouloir se donner, en respectant cependant les deux principes que je vous ai expliqués tantôt, c'est-à-dire la responsabilité globale de la population et la hiérarchisation.

Alors, je vais quand même passer vos points rapidement. Pour les listes d'attente, vous avez raison, ça prend quelqu'un d'imputable, d'identifiable pour gérer le problème de l'attente. Actuellement, dans la première phase de notre évolution du réseau, cette personne-là va être identifiée au niveau du réseau local de services, c'est-à-dire avoir un monitoring individualisé des délais d'attente. Puis les délais d'attente, ils ont été fixés, en passant, déjà. Alors, que cette personne-là soit capable de vous appeler, vous, si vous êtes en attente et que vous êtes arrivée au bout de votre période d'attente, de vous dire: Écoutez, madame, vous êtes arrivée au bout de l'attente. On a d'autre chose à vous offrir, si vous le désirez, vous allez vous faire opérer ailleurs. Ce n'est pas à vous d'aller magasiner ça puis d'aller chercher ça ailleurs, c'est le système public qui doit vous dire où aller, de vous l'offrir. Maintenant, vous avez toujours le choix de ne pas y aller, parce que le choix du médecin demeure absolument essentiel. Il y a peut-être des bonnes raisons pour lesquelles vous voulez rester avec votre médecin même si l'attente est longue, plutôt que de changer d'hôpital. Mais, au moins, vous devriez avoir le choix comme citoyen ou comme citoyenne.

Pour les urgences, effectivement, la situation des régions est très différente de celle qu'on a à Montréal. Lorsqu'on parle de services continus, il y a les urgences, mais il y a également les cliniques médicales. Et, lorsqu'on parle de distance raisonnable, ce que vous suggérez actuellement — une heure, une heure et demie — pour moi ce n'est pas une distance raisonnable, surtout s'il n'y a pas rien entre le patient puis l'endroit où il doit se rendre pour obtenir ces services d'urgence.

Mais, comme vous le savez très bien — puis on y a fait allusion tantôt — on est dans un contexte de pénurie d'effectifs médicaux absolument terrible, puis on sait pourquoi, je ne recommencerai pas la démonstration; je pense que vous partagez cette démonstration-là de toute façon — et il faut trouver une façon de compenser. Et peut-être qu'une façon logique de compenser, c'est de concentrer nos médecins, surtout la nuit, où c'est difficile d'avoir des gens, dans des périmètres d'action ou de couverture encore une fois raisonnables. Puis on va déterminer avec les gens des régions, selon les régions, qu'est-ce que c'est, ce périmètre-là, parce qu'il faut absolument faire un effort

pour mieux utiliser les quelques médecins qu'on a — ça, c'est absolument essentiel — et on sait qu'on en a jusqu'en 2010 à souffrir comme ça. Je vous le dis tout de suite, là, ce n'est pas demain qu'il va y en avoir beaucoup plus, de médecins. Ça va se faire progressivement, avec les années, puis on ne reviendra pas sur les raisons, on les connaît très bien.

Vous avez également touché la question de la Régie de l'assurance maladie du Québec, puis des points très intéressants dans deux ordres, d'abord l'ordre de l'assurance médicaments et des coûts croissants des médicaments. Évidemment, les prix, comme vous savez, pour les médicaments d'innovation sont gelés, au Québec, depuis 1993-1994. Le secteur où on a la plus forte augmentation de prix actuellement, c'est dans le secteur des génériques plutôt que dans les secteurs des médicaments d'innovation. Outre cette question de négocier les prix, qui est certainement quelque chose qu'on va regarder dans le cadre de notre réexamen des programmes gouvernementaux, il y a la question du concept — sur lequel je suis revenu plusieurs fois — d'utilisation optimale des médicaments. Vous avez parlé d'un médicament — je pense que c'est le captopril ou quelque chose de ce type-là — qui est un médicament pour traiter l'hypertension artérielle, et, le prix, je ne me souviens plus le prix que vous avez donné.

Mme Roy: 279 \$.

M. Couillard: Bon. Alors, un coût très élevé pour ce médicament-là, alors que, si on regarde la littérature scientifique, récemment il est paru un article absolument fascinant dans le *New England Journal of Medicine* — qu'on devrait regarder, si on s'intéresse à la santé, au moins une fois par semaine, en passant; il y a plein de choses très intéressantes là-dedans — et, dans cet article-là, on comparait les protocoles de traitement de l'hypertension pour faire la conclusion suivante: c'est que, si on utilise une combinaison de médicaments qui est la même que celle qu'on utilisait il y a 25 ans à des coûts très, très bas, on a exactement le même effet en termes de résultat puis de traitement de l'hypertension que les nouvelles molécules qui sont apparues sur le marché récemment à des coûts absolument élevés.

Alors, il y a une réflexion à faire de ce côté-là, en se souvenant que, sur 100 nouvelles molécules qui apparaissent sur le marché chaque année, il y en a probablement six là-dessus qui ont une véritable valeur ajoutée. Alors, il faut un examen critique de ça, il faut que ce soit fait sur des bases scientifiques, objectives et indépendantes. Il faut qu'on remette cette question de l'utilisation optimale des médicaments à l'ordre du jour. C'est la raison pour laquelle j'ai l'intention, au début de l'année 2004, d'organiser une activité de type colloque ou symposium, là, sur la question de l'utilisation optimale des médicaments parce que je pense qu'à long terme c'est ça qui va nous permettre de faire plus de progrès. Et je vous invite à y participer, si vous le désirez. On va entendre l'industrie, les médecins, les usagers, les gens qui gravitent autour de cette industrie pharmacologique pour qu'on remette cette chose-là à l'ordre du jour.

Pour ce qui est de l'enquête sur la fraude, soyons prudents, laissons-la se dérouler, puis on verra les conclusions après.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le ministre. Maintenant, je suis prête à reconnaître un député de la partie ministérielle. Mme la députée de Chauveau, allez-y.

Mme Sarah Perreault

Mme Perreault: Merci, Mme la Présidente. Je voudrais d'entrée de jeu revenir sur le bilan du précédent gouvernement, notamment coupures budgétaires de 1,5 milliard de dollars entre 1994 et 1998. On a parlé aussi, mon collègue le ministre de la Santé a parlé abondamment du départ massif à la retraite d'au-delà de 20 000 médecins et infirmières, une décision qui mériterait des excuses — je suis parfaitement d'accord avec mon collègue le ministre de la Santé — qui a causé des problèmes, qui en causera encore jusqu'en 2010. Il n'y a pas suffisamment de médecins, pas suffisamment d'infirmières, puis on ne pourra pas combler ça avant 2010. C'est une décision qui était une décision extrêmement mauvaise et qui mériterait des excuses pour la population du Québec.

• (11 h 30) •

Si je parle du bilan du Parti québécois, je veux parler également des fermetures de lits en soins de longue durée. Le Parti québécois a toujours dit durant cette période-là qu'il avait créé 2 000 lits en centre d'hébergement de soins de longue durée, alors que le bilan était tout autre; on était en déficit de 4 000 lits. Durant le temps qu'il créait 2 000 lits, il y en avait 6 000 autres qui étaient fermés. Alors, si je vous parle de ça, c'est que j'ai une préoccupation tout à fait particulière pour les personnes âgées. À cet égard, le ministre m'a demandé de faire partie d'un comité pour regarder cette situation-là.

Je parlais du bilan du Parti québécois. Il y a des problèmes au niveau des personnes âgées. On pense, par exemple, aux résidences privées. Le Parti québécois avait promis, en 1994, d'adopter une politique de contrôle et de surveillance dans le secteur des résidences privées. Alors, on sait que, à cet égard, outre un projet de loi qui a été adopté, qui visait uniquement à mettre en place un répertoire de résidences privées au Québec, un projet de loi qui n'avait pas de dents, un projet de loi qui ne contenait aucun mécanisme de contrôle et de vérification qui concernait des abus qui sont faits aux personnes âgées, etc., un projet de loi d'ailleurs pour lequel on avait voté contre à l'époque parce qu'on trouvait qu'il n'allait pas assez loin... Alors, je veux revenir à ça parce qu'on sait qu'au Québec actuellement il y a près de 1 million de personnes qui sont âgées de 65 ans et plus, soit 13 % de la population. On sait également que ce nombre va s'accroître rapidement à compter de 2011 et que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus va atteindre 25 % en 2028. Donc, ce n'est pas banal. C'est une situation pour laquelle on doit se préoccuper, et on doit poser des gestes, des gestes concrets, puis il faut se préparer à cette nouvelle réalité-là.

Naturellement, on pense à l'impact du vieillissement sur la demande des services et conséquemment aux coûts qui y sont associés, parce que ça fait partie aussi des préoccupations qu'on doit avoir. Puis, en plus de la hausse des coûts, des défis additionnels se présentent à nous, notamment l'accessibilité des services

de santé là où choisissent de vivre les personnes âgées et une préoccupation aussi afin de les soutenir, afin de faire en sorte que, s'ils choisissent de vivre chez eux, de rester dans leur milieu de vie, on puisse les accompagner et leur offrir les services auxquels ils ont droit, permettre de l'accompagnement, le suivi. On sait que les personnes âgées qui demeurent dans leur milieu, dans leur maison, qui conservent leur appartement, ont souvent une meilleure qualité de vie, ils sont plus heureux, ils sont moins malades. Donc, il faut valoriser ça, et on a une préoccupation toute spéciale à cet égard. Alors, on fait le constat que, pour y parvenir, il faut notamment diversifier nos façons de faire pour bien répondre à la fois aux besoins des personnes hébergées ainsi qu'aux besoins de celles qui vivent à domicile — j'en ai fait état tout à l'heure — incluant celles qui vivent dans les résidences privées, faire en sorte que dans les résidences privées ces services soient mieux encadrés.

Le ministre a fait état tout à l'heure d'un projet-pilote, d'un investissement d'un montant de 4 millions de dollars qui a suscité beaucoup d'intérêt dans le milieu, qui va permettre d'expérimenter des nouvelles formes de partenariat pour la dispensation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. On sait qu'il a reçu près de 80 projets. Donc, c'est voir l'engouement que ça suscite auprès des personnes. Ça permet un meilleur partenariat. Qui dit meilleur partenariat dit meilleur encadrement aussi, faire en sorte qu'un groupe quelconque qui déciderait d'offrir un service d'hébergement pourrait être accompagné par un CLSC qui offrirait des services, ce qui permettrait un encadrement et une surveillance aussi au niveau de la qualité des services. Non pas que je prétends que les résidences privées font mal leur travail, mais je pense qu'il faut les accompagner là-dedans — ce n'est pas toujours facile d'offrir ces services-là — leur permettre de faire un bon travail et d'offrir des services de qualité. Alors, ça, c'est un geste concret, c'est des gestes concrets, et tout ça pour vous dire qu'on a une préoccupation.

Le premier ministre aussi avait fait une déclaration, en 2000, notamment sur cette préoccupation-là, et je le cite: «Ce soir, je prends devant vous un engagement solennel. Je veux dire aux personnes âgées du Québec que le Parti libéral du Québec va les traiter avec respect et que jamais on n'acceptera ce que Mme Marois et le Parti québécois imposent aux personnes âgées du Québec.» Et je peux vous dire que, en tant que députée et membre de ce gouvernement-là, je prends cet engagement-là personnel...

La Présidente (Mme Charlebois): En conclusion. Rapidement.

Mme Perreault: ...et j'en fais mon engagement. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Mme la députée de Chauveau. Maintenant, je suis prête à reconnaître un député de l'opposition officielle, et je crois que ce sera M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Léandre Dion

M. Dion: 'Merci, Mme la Présidente. Alors, Mme la Présidente, je suis très heureux d'intervenir sur

cette question-là en tant que porte-parole de l'opposition sur la question des aînés, et je voudrais commencer, pour le plaisir de M. le député de Nelligan, hein... Ça va certainement lui faire plaisir, s'il m'écoute, que je lui parle justement d'une rencontre que j'ai eue chez moi, dans mon bureau, pas avec des structures, mais avec des gens, trois dames, trois soeurs, en réalité, qui sont venues me voir dans mon bureau. Pourquoi? Pour me dire qu'elles étaient très inquiètes parce qu'elles entendaient parler, au centre d'hébergement où est leur mère, qui souffre gravement de déficience cognitive profonde... Et on leur laissait entendre que leur mère serait transférée dans une résidence privée, et elles venaient me voir pour vraiment voir qu'est-ce que je pourrais faire pour éviter ça. Ça les inquiétait beaucoup.

Alors, moi, qu'est-ce que j'ai fait, Mme la Présidente? Je leur ai parlé des résidences privées et de tout ce qu'il y avait de bon dans les résidences privées, pour les rassurer, n'est-ce pas, parce qu'on sait que la plupart des résidences privées font du bon travail et que ces gens-là s'occupent très bien des aînés. Alors, je leur ai parlé de ça. Oui, mais elles m'ont répondu: C'est vrai, on le sait, que beaucoup de résidences privées sont excellentes, mais on sait aussi qu'il arrive des drames dans certaines. Et quelles garanties avons-nous qu'elles vont être placées... notre mère va être placée dans une résidence privée où on est sûres qu'elle sera bien traitée, avec respect, qu'elle aura des bons soins et qu'on n'abusera pas d'elle? Quelle garantie avons-nous? Est-ce qu'il y a une structure qui nous permet ou est-ce qu'il y a des instruments de surveillance qui nous permettent de nous garantir ça? Et là-dessus je n'ai pas pu répondre oui, Mme la Présidente, parce que... Ça viendra peut-être, vous savez, mais, à vrai dire, je n'ai pas pu répondre oui parce que ce n'est pas oui. Il n'y en a pas de structure pour garantir cette chose-là.

Et si c'était seulement une question que ce n'est pas encore au point. Mais j'ai vu dernièrement un document qu'on m'a soumis, dans lequel on disait que la porte était ouverte toute grande aux résidences privées pour recevoir des personnes âgées en perte, en lourde perte d'autonomie. Alors, évidemment, j'ai écrit une lettre au ministre tout de suite pour lui dire toute mon inquiétude à la suite de tout cela, et voici ce que je lui disais: Ne croyez-vous pas qu'il est nettement prématuré de mettre en branle de tels projets de partenariat privé-public dans les circonstances actuelles, des circonstances où on n'a pas de garantie, on n'a pas de système de surveillance? La Régie ne peut pas arriver dans les résidences privées, sauf évidemment s'il arrive un drame. Mais on sait, Mme la Présidente, que, s'il arrive un drame, il y a 10, 15, 20, 50 personnes âgées qui souffrent, et, pour un drame, dans une résidence privée, qui arrive, il y a beaucoup de gens qui souffrent, et toutes les résidences privées sont éclaboussées, Mme la Présidente. On ne peut pas rester comme ça.

On ne peut pas ouvrir la porte comme ça sans s'assurer qu'il y a un système de surveillance qui va rassurer les personnes âgées et qui va inciter les quelques personnes récalcitrantes à traiter les personnes âgées avec respect, à leur donner les bons soins dont ils ont besoin, et à ne pas abuser d'elles.

Alors, je lui disais ceci: la première raison qui motive mon inquiétude, c'est que le recensement des

résidences privées n'est pas terminé, l'encadrement de ces résidences et le niveau de services qu'elles doivent offrir n'est toujours pas garanti. Ce n'est pas garanti, ça. Alors, qu'on dise: Faites comme les résidences publiques, c'est beau, mais les résidences publiques sont sous l'autorité directe du ministre. Donc, dans ce sens-là, les résidences publiques sont surveillées, mais, les résidences privées, il n'y a pas de mécanisme pour les surveiller. Aucun. Alors, je pense qu'il faut ralentir la machine, Mme la Présidente.

Je demande au ministre d'abord de répondre à ma lettre du 30 septembre. J'imagine que parfois il répond aux lettres. J'imagine, hein? Mais, en tout cas, je n'ai pas encore eu de réponse. Et, deuxièmement, ce qui est plus important que la réponse à ma lettre, c'est la réponse aux inquiétudes des gens, de ne pas lancer la machine comme ça sans assurer une surveillance adéquate, un encadrement adéquat. Je ne parle pas de mettre une grosse machine en place avec des multitudes de règlements pour empêcher le monde de bouger, ce n'est pas ça, parce que je sais qu'en général les gens travaillent bien, mais uniquement le nécessaire pour empêcher les abus. C'est tout ça que je demande au ministre. Ce n'est pas beaucoup de choses. Alors, je lui demande simplement de ralentir la machine. Puis, après, quand il aura assuré les services pour les personnes âgées, des services adéquats, bien là il fera ce qu'il jugera bon pour améliorer les soins aux personnes âgées. Alors, c'est les deux questions que je pose au ministre, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le député de Saint-Hyacinthe. Maintenant, je reconnais M. le ministre de la Santé et des Services sociaux pour cinq minutes.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Alors, merci, Mme la Présidente. Je vais rassurer le député de Saint-Hyacinthe en lui indiquant qu'il recevra copie de ma lettre. Je m'excuse pour le délai, je reçois énormément de correspondance. Je réponds à toutes les lettres. Je les lis toutes et je les signe moi-même personnellement pour être certain que je suis au courant de tout ce qui s'échange entre moi et les gens qui m'écrivent, et ça, je peux vous assurer que vous aurez une réponse.

● (11 h 40) ●

Cependant, là, évidemment, on parle de problèmes qui sont majeurs pour les personnes âgées, surtout ceux qui sont en résidence privée. On pourrait s'interroger sur le fait que la solution à ce problème-là n'a pas été trouvée pendant les neuf ans qui ont précédé, mais enfin, passons.

Mais concentrons-nous rapidement sur évidemment les remarques du Vérificateur général, des commissions de droits de la personne, qui auraient dû normalement donner lieu à des actions concrètes, immédiates. Et tout ce qu'il y a eu après ça, c'est le fameux registre. Puis Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, l'autre jour, très bien, de façon très appropriée, en Chambre, a noté que c'était tout à fait facultatif, qu'une résidence pouvait ne pas décider de s'inscrire ou décider de s'inscrire, que personne ne

vérfiait ça, qu'il n'y avait pas de monitoring de la qualité des services qui sont donnés dans ces résidences-là, et elle a entièrement raison. C'est dommage que ça n'ait pas été vraiment pris en compte dans les années qui ont précédé alors que toute l'information était disponible.

Alors, je vous dis, Mme la Présidente, de même qu'aux collègues et à la population, que nous sommes actuellement en travail très intensif pour dégager une politique d'ensemble pour les personnes âgées autonomes, semi-autonomes et non autonomes. Parce que le député de Saint-Hyacinthe, qui connaît très bien la question, réalise que c'est une situation qui dépasse le ministère de la Santé. Ça prend des communications entre plusieurs ministères. Je ne donnerais que comme exemple le ministère des Affaires municipales qui peut donner des permis pour des nouvelles installations qui pourraient servir de résidences, mais on ne sait pas vraiment si c'est la vocation. Vous savez très bien cette situation-là. Alors, il faut absolument trouver une façon de s'assurer que toutes les résidences soient recensées, pas sur une base volontaire, et qu'il y ait un système d'agrément. C'est encore trop tôt pour dire si on va choisir un permis, parce que, comme vous, on ne veut pas créer une machine administrative trop lourde, mais il faut absolument qu'il y ait un système d'agrément quelconque pour les services qui sont donnés en résidence privée.

Pour ce qui est des projets-pilotes donc qu'on a mentionnés tantôt et qui, je crois, faisaient l'objet de la lettre de M. le député, je le rassure tout de suite. Comme je l'ai dit à plusieurs reprises, les services dans ces projets-là... Et on ne parle pas nécessairement de résidences privées, parce que je vous dis qu'il y a les organismes communautaires qui nous ont écrit pour nous proposer des projets, des organismes sans but lucratif également et effectivement des gens également du domaine privé, mais les services qui seront donnés aux patients dans ces milieux de vie là seront donnés par le réseau public. Et là je pense qu'on a une garantie de qualité, puis, comme vous l'avez dit vous-même, la qualité des services est excellente. C'est l'accessibilité puis la quantité qui est difficile. Et non seulement il n'y a pas d'inquiétude, Mme la Présidente, mais il y a un enthousiasme absolument, là, déferlant dans le Québec pour ce projet-là.

On a été nous-mêmes surpris, au ministère, de la quantité de projets qu'on reçoit, du niveau d'intérêt que les gens ont, du niveau de créativité qu'on retrouve également dans nos régions, et ça, partout au Québec. C'est vraiment très stimulant. Alors, je pense qu'on a reçu au-dessus de 80 projets déjà. On a rapidement fait un élagage, on reste avec une cinquantaine. On va essayer de donner le plus, je dirais, de suivi rapide à ça. Parce qu'il y a tellement de projets que ça dépasse la somme qu'on avait prévu qu'on dépenserait pour ces projets-là, tellement les gens sont intéressés à participer.

Mais, encore une fois, le principe de base qui sous-tend cette action-là et les autres également, c'est qu'il faut, comme d'autres pays l'ont fait avant... Et je sais que le député est intéressé à la question des aînés, et les comparaisons internationales sont toujours très utiles dans ce domaine-là. On est allés voir ce qui s'est fait au Danemark, par exemple, ou au Japon, où on a des

normes de personnes âgées, pour le Japon, beaucoup plus élevées qu'ici alors que le taux d'institutionnalisation de ces gens-là est beaucoup plus faible. Même chose pour le Danemark, où on a beaucoup donné de responsabilités aux gens locaux pour organiser ces services-là, où on a vraiment choisi d'utiliser au maximum le milieu de vie naturel des gens et de réserver les institutions — parce qu'il faudra toujours avoir des gens en institution — pour les personnes qui sont véritablement en lourde perte d'autonomie. Alors, c'est véritablement le virage qu'on doit prendre au cours des prochaines années.

Je suis convaincu que, si on ne prend pas ce virage-là, on se voile les yeux devant la réalité. On ne sera pas capables... Personne n'est capable sur la terre actuellement, dans les pays occidentaux et industrialisés... Même malgré notre richesse collective, qui est quand même importante, on ne peut pas continuer ce modèle d'hébergement en institution et construire des CHSLD à gauche et à droite sans d'abord réviser fondamentalement la façon dont les soins sont organisés. Et, dans ce secteur-là, le rôle du secteur public, en tant que prestataire de services, va toujours demeurer dominant. Ce qu'on veut mettre en évidence et voir surgir, ce sont des partenariats avec d'autres personnes — encore une fois des gens du milieu privé, des organismes communautaires, des organismes sans but lucratif — qui se chargeraient du versant d'immobilisation, d'entretien des immeubles, par exemple, alors que nous pourrions nous concentrer sur notre véritable mission qui est le service et le soin à la personne projetés à partir du réseau public, et le CLSC est l'endroit idéal à partir duquel ces services-là doivent être projetés.

Alors, je pense qu'on a devant nous une réflexion très importante à faire pour rattraper les retards considérables qu'on a pris au cours des dernières années — on sait pourquoi — et on va faire ce virage-là, Mme la Présidente, parce que c'est urgent. Nos personnes âgées l'attendent et avec raison.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le ministre. Maintenant, je vais reconnaître un député de la partie ministérielle. M. le député de Nelligan.

M. Russell Williams

M. Williams: ...Mme la Présidente. Comme j'ai mentionné à mes deux autres interventions, nous allons faire qu'est-ce que nous avons dit, et c'est très différent de qu'est-ce que nous avons vu pendant neuf ans.

Et, un autre exemple que je voudrais citer, nous avons dit que nous allons renouveler nos façons de faire, et, l'été passé, nous avons créé les quatre réseaux universitaires intégrés de santé. Et nous avons commencé à travailler sur la médecine académique pour concentrer et encadrer la formation académique multidisciplinaire. Je suis fier de ces quatre réseaux. Et je me souviens, avec les projets, que c'était avancé même cette semaine. Vous avez déjà vu beaucoup plus d'action et de progrès dans les premiers six mois que j'en ai vu pendant neuf ans.

J'étais adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux en 1989 et 1994. Le projet

de McGill a été commencé là, mais, malheureusement, pendant neuf ans, le Parti québécois... Ce n'était pas vraiment avancé. Les quatre réseaux que le ministre a mis en place vont nous aider à mieux coordonner, à faire de la meilleure recherche possible et, j'espère, avec une bonne complémentarité entre tous les réseaux. Voilà une autre différence entre nous, un gouvernement libéral et l'ancien gouvernement du Parti québécois.

Il y a une autre chose que je voudrais juste mentionner aussi. Nous avons vu une stratégie du gouvernement dans le passé de laisser un hôpital construire une bâtisse, mais il n'a pas donné assez d'argent pour le faire fonctionner. Nous avons parlé ici assez souvent sur la question de Laval, mais j'ai eu aussi, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, un exemple de l'Hôpital Lakeshore où nous avons créé, bâti un excellent centre ambulatoire, mais, malheureusement, avec l'ancien gouvernement, nous n'avons pas eu le budget pour fonctionner. C'est assez bizarre de payer pour le béton et de ne pas payer pour le professionnel pour faire fonctionner. Mme la Présidente, vous le savez, l'Hôpital Lakeshore est très important pour notre coin, et on peut discuter ça plus tard, mais c'était vraiment un exemple que même moins de deux mois après notre élection nous avons réglé ce problème. Il y a toute une différence entre ce comportement et le comportement de l'ancien gouvernement.

But there's another thing that I would be remiss if I didn't mention it here, in this «interpellation», is: we've already seen, from a commitment from the Inaugural Speech, a commitment to make sure that our health and social services system respects the letter and the spirit of what we call Bill 142, which is a bill that guarantees English-language health and social services.

That bill and those legislative guarantees were so disrespected, Mme la Présidente, during the last nine years, the provincial Health and Social Services Committee quit en masse. The services were deliberately, and in a very determined fashion, reduced. The spirit of our offer was to improve the access plans each year in full compromise and respect for all the other laws of Québec, in full respect of our capacity to pay for the services. I am very pleased that our Premier, in his Inaugural Address, stated that we'd do that. I'm very excited and pleased and proud that our Minister has implemented the Committee right away, and we're starting to work on that.

That's a big difference between us and the last government, the Parti libéral and the Parti québécois. We don't believe that language is a health care issue. It is a service issue, and we are going to make sure that the services are available. I'd like to just add that we are also going to work on adapting our health and social services system to be more accessible and adapted to the various cultural communities in the province. Again, there was lip service given to that, very little action.

Mme la Présidente, j'ai voulu juste mentionner quelques exemples aujourd'hui, et, malheureusement, il y a juste deux heures pendant une interpellation. On peut certainement continuer dans les mois qui suivent. Mais le message que j'essaie de passer aujourd'hui: nous allons respecter nos paroles, nous allons avoir des objectifs clairs, nous allons avoir une stratégie de transparence, nous allons déposer nos plans d'action

comme nous avons fait avec les services en déficience physique hier, et nous sommes tout à fait ouverts pour évaluation parce qu'on pense qu'avec l'appui de tous nos professionnels dans le réseau on peut avancer la cause. Mais ça prend une réorganisation, et un réinvestissement, et une modernisation du réseau. Et je suis fier que c'est le Parti libéral qui va tout changer le système malgré les années de coupures que nous avons vues du Parti québécois. Merci beaucoup, Mme la Présidente.

● (11 h 50) ●

La Présidente (Mme Charlebois): Merci beaucoup, M. le député de Nelligan. Maintenant, je suis prête à reconnaître un député. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve?

Mme Louise Harel

Mme Harel: Oui. Alors, Mme la Présidente, cette interpellation tire à sa fin, et je constate que, sur la question de la réingénierie que le ministre de la Santé projette, sauf des généralités, ou encore des faux-fuyants, ou encore de s'attaquer au gouvernement précédent, le ministre n'a encore rien dit. Alors, je souhaiterais lui en donner l'occasion. J'aurais un certain nombre de questions très, très précises à lui poser et je les lui pose au nom, je pense, de tous ceux... d'abord des partenaires en santé que j'ai pu rencontrer au cours des dernières semaines et qui déplorent son manque de transparence. Tous m'ont dit qu'il y a une absence de culture de partenariat dans l'entourage du ministre et le ministre lui-même.

Alors, d'abord, la première question: A-t-il l'intention de respecter l'engagement qu'il prenait lors des crédits en juillet dernier? Et je le cite: «Lorsqu'on présentera...» Je le cite, là, au texte. «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.» Y aura-t-il consultation publique, large consultation publique?

Deuxièmement, le ministre, quand il parle de continuité de services, que fait-il avec les centres jeunesse, les centres de réadaptation physique, les centres de réadaptation intellectuelle, de déficients intellectuels? Que fait-il avec les hôpitaux affiliés? Que fait-il avec les hôpitaux universitaires? Que fait-il avec les milliers de cliniques médicales privées? Que fait-il avec les hôpitaux psychiatriques? Que fait-il avec les centres mère-enfant? Que fait-il avec les établissements, surtout dans la longue durée, privés conventionnés? Alors, que fait-il avec l'ensemble de ces établissements, dont il n'a pas dit mot aujourd'hui — je lui ai pourtant posé la question au début de cette interpellation — et dont on dit qu'ils seraient exclus des projets qu'il déposera à l'Assemblée?

Faut-il comprendre que cette continuité de services, dont ils ont pourtant parlé, n'existerait que finalement sur papier, puisque tous ces établissements qui donnent des services seraient exclus de ce projet de continuité de services, d'autant plus que, s'il y a une démarche de nature clinique, cette démarche de nature clinique ne peut pas ignorer d'installer des corridors de services avec les cliniques médicales privées, les groupes de médecins de famille, autant les hôpitaux que

l'ensemble des autres réseaux? Alors, qu'en est-il? Et, précisément, est-ce que tous ces établissements que j'ai mentionnés seront exclus de son projet, qui, je le répète encore, n'est qu'un projet de structures? Et on a beau dire: Le cheval blanc de Napoléon est noir, mais je ne vois pas comment on peut faire transformer trois projets de loi qui seront déposés à l'Assemblée cet automne par le ministre de la Santé... je ne vois pas comment on pourrait les qualifier autrement que des projets de structures.

D'autre part, est-ce que les conférences régionales des élus vont être appelées à former les conseils d'administration des réseaux locaux intégrés ou des agences régionales? Est-ce que le ministre convient que les régies régionales, qu'il va abolir, vont être remplacées par des agences régionales? Entend-il, entend-il surseoir à son projet de regroupement d'unités d'accréditation syndicale jusqu'à ce que l'on connaisse les établissements dans lesquels ces regroupements seraient effectués? À défaut de quoi il faut comprendre qu'il y aurait une première vague de regroupements d'unités d'accréditation syndicale, qui bouleverse, on le sait bien, les milieux cliniques, et il y en aurait une deuxième. Mais ce serait impensable. Ce serait inimaginable. Mais quelle est son intention à ce sujet? Précipiter des regroupements d'unités d'accréditation syndicale quand on sait qu'il y avait un bon vouloir — et j'en ai à preuve les diverses rencontres que j'ai pu faire — alors que la perspective d'avoir deux vagues de regroupement d'unités d'accréditation syndicale dans le milieu hospitalier, dans le milieu des soins de santé, est impensable?

Entend-il modifier le décret concernant les directeurs généraux des établissements, puisque 142 directeurs généraux, entre autres, réunis se sont fait dire par des autorités du ministère qu'ils ne seraient plus que six, neuf ou 12 au mieux et que l'on parle, on leur parle de modifier le décret pour qu'ils n'aient pas les avantages déjà prévus à leur situation s'ils auront à quitter leurs fonctions?

La Présidente (Mme Charlebois): Je m'excuse, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Et une dernière, une très, très courte, Mme la Présidente, très courte.

La Présidente (Mme Charlebois): Excusez-moi, Mme la députée.

Mme Harel: Pourquoi est-ce que le ministre a refusé de participer au colloque...

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée...

Mme Harel: ...qui réunira 500 participants au Forum, à Montréal...

La Présidente (Mme Charlebois): Je m'excuse. Je dois vous couper, c'était déjà terminé.

Conclusions

Alors, maintenant, nous en sommes rendus aux derniers... aux deux derniers blocs... bien, au dernier

bloc, excusez-moi, de 10 minutes, et je reconnaitrai le ministre de la Santé et des Services sociaux d'abord, pour ensuite entendre l'interpellant. Mais je vous donne la parole pour 10 minutes, M. le ministre.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Alors, encore une fois, j'entends beaucoup de préoccupations pour les établissements, pour les structures, pour les groupes de pression, même dans la dernière partie de l'intervention, mais peu pour les services, pour la population qui doit recevoir ces soins et qui en est privée depuis plusieurs années. Pas de suggestions pratiques. Moi, je suis ouvert à recevoir des suggestions pratiques. Je pense que la députée puis les membres de l'opposition partagent notre objectif d'intégration puis de continuité de soins. Je serais très surpris qu'il en soit autrement. Donc, si on veut nous interpellé avec des suggestions concrètes, pratiques de façon à mettre fin à cette culture de silo qui existe et qui est terminée, je le dis franchement, qui est terminée dans le réseau de la santé et des services sociaux, qu'on nous indique des alternatives, et nous les étudierons et nous en discuterons avec plaisir.

On parle de consultation. Bien sûr, il y aura un espace de consultation réservé à même le processus parlementaire, mais il y aura également et surtout une vaste consultation dans les régions pour l'établissement des différents modèles selon les spécificités des régions, selon ce que les gens là-bas veulent avoir chez eux, en respectant toujours les deux principes essentiels qui sont, je le rappelle, la responsabilité globale d'une population et la hiérarchisation des soins, ce qui nécessite effectivement — et Mme la députée a tout à fait raison — l'établissement de corridors de services entre les différents partenaires, entre les différents niveaux d'établissement, et c'est là que la notion de hiérarchisation prend tout son sens.

Elle a mentionné plusieurs types d'institutions. Je ne voudrais pas ici traverser la ligne de divulgation des détails d'un projet de loi qui va être déposé dans quelques jours, mais assurons-nous cependant de mentionner que nous avons pris en compte les caractéristiques propres de certains types d'établissements, autant ceux à désignation universitaire — il y en a plusieurs — autant ceux qui ont déjà des vocations régionales, pour s'assurer que rien ne soit mis en désordre de ce côté-là et que tout se passe de façon optimale, parce qu'on sait que, pendant ces modifications-là, pendant cette évolution-là, notre réseau doit continuer à donner les soins et les services 24 heures par jour, 365 jours par année, et il faut mettre en place les conditions pour que ça se fasse, et ça se fera.

On a parlé également des régies régionales. Évidemment, on reconnaît tous que tous les pays de l'OCDE qui ont procédé à une régionalisation de leur système de santé et de services sociaux l'ont fait en conservant une autorité régionale de planification. C'est justement ce qu'il faut faire. C'est qu'il faut déléster au maximum le versant d'organisation des services d'arbitrage, d'établissement de corridors de services. Ça, il faut le laisser au niveau...

Je reviens en arrière. L'organisation des services de première ligne doit être au niveau des réseaux locaux. La coordination entre les réseaux locaux, l'arbitrage, l'organisation des soins de deuxième ligne doit être laissée au niveau régional, mais il y a actuellement beaucoup trop d'implications du palier régional dans l'organisation des soins de première ligne. Il faut donner beaucoup plus de liberté aux gestionnaires de notre réseau de ce côté-là.

Également, dans le projet qui va toucher les unités d'accréditation syndicale — et également j'invite les membres de l'opposition à un peu de patience; ça devrait être dans quelques jours qu'ils pourront en prendre connaissance — on va également s'assurer de procéder de façon synchrone entre les deux opérations. Je suis d'accord qu'il serait malvenu de créer deux vagues successives de regroupements. On va essayer de faire en sorte que les différents types d'établissements soient pris en compte, que le délai d'établissement des modèles dans la région concorde avec l'autre projet, parce que, effectivement, il s'agit d'un tout: tous ces projets sont reliés entre eux dans une philosophie globale, dans une vision de notre service de santé et nos services sociaux au service de la population.

J'aurais aimé ce matin être au colloque des directeurs généraux. Je n'ai pu y aller à cause de l'interpellation ce matin. J'ai quand même pris le soir d'enregistrer une communication qui va leur être diffusée ce matin, où je les rassure quant au fait que nous allons complètement respecter le décret qui régit leurs conditions de travail et leur sécurité, parce qu'on est devant une situation où, dans les prochaines années, il va falloir remplacer 70 % du personnel d'encadrement du réseau. Alors, non seulement on ne veut pas que les gens s'en aillent, on veut qu'ils restent avec nous. On veut qu'ils participent au changement puis à l'évolution du réseau, et il y a de la place pour tout le monde, sans aucune crainte, de ce côté-là, et je pense que les gens, dès aujourd'hui et au cours des derniers jours, sont très rassurés, de ce côté-ci.

• (12 heures) •

Je vais passer quelque temps, pour la dernière partie de ma dernière intervention aujourd'hui, pour parler d'une situation qui préoccupe beaucoup nos concitoyens, qui est la question des salles d'urgence. Les médias ont fait état d'une correspondance entre moi et des dirigeants d'établissements, et je pense qu'il est utile de rappeler que celle-ci ne se faisait pas dans un esprit punitif ou disciplinaire. Il s'agissait simplement de rappeler aux gens leurs responsabilités, le fait que, comme société, on ne puisse accepter que des gens aient à séjourner pendant de longues heures, parfois plusieurs jours, au mépris total de leur dignité, sur des civières dans des corridors d'urgence. C'est quelque chose que ni moi, ni l'ensemble des collègues de la députation, ni l'ensemble du gouvernement n'acceptons et n'allons continuer à accepter.

Alors, nous avons décidé de donner un objectif réaliste au réseau — et vous avez vu, avec les chiffres que j'ai cités tantôt, que déjà certains hôpitaux s'y conforment — d'abolir ou d'empêcher toute situation qui ferait que les gens aient à rester plus de 48 heures dans les hôpitaux. C'est déjà beaucoup, 48 heures, mais il y en a beaucoup qui restent plus de 48 heures, maintenant,

jusqu'à trois, quatre jours, et ça, il faut que ça se termine. Une fois qu'on aura franchi l'étape des 48 heures, on essaiera de revenir à 24 heures par la suite. Donc, c'est un processus continu.

On est également conscients, vis-à-vis des directeurs d'établissements, les gestionnaires d'établissements, qu'il y a des composantes ou des paramètres qui causent cet état de fait qui ne sont pas dans leur contrôle. Donc, ils ont besoin d'aide, Mme la Présidente, pour ce qui est de l'établissement de ressources d'hébergement, de soins à domicile, de ressources alternatives en santé mentale, de ressources en réadaptation. C'est la raison pour laquelle au cours des prochains jours j'annoncerai un plan de financement des grandes urgences de Montréal, les quatre principales en particulier, de la Montérégie et éventuellement d'autres urgences du Québec qui sont en difficulté, où il y aura un soutien financier significatif du ministère — récurrent, pour une fois, et non pas ponctuel, comme ça a été le cas au cours des dernières années — pour mettre en place toutes les solutions structurantes au règlement des problèmes des urgences, autant en amont qu'en aval des urgences, et que ça se fasse dans les plus brefs délais. Et il y aura effectivement des moyens financiers concrets rapidement mis à la disposition des établissements, et annualisés, et récurrents, et je pense que ça, c'est tout à l'honneur de ces gestionnaires, qui seront en mesure, je crois, de remplir leur mission.

Parce que, si on regarde les données brutes statistiques qui paraissent tous les jours sur le site Internet de la Régie régionale de Montréal-Centre en particulier sur la situation dans les urgences, on constate que, alors que certains établissements ont fait des progrès remarquables — et je rappelle encore la performance qui doit être soulignée de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital Sacré-Coeur au cours des dernières semaines — il reste encore des hôpitaux en grande difficulté. Et là il y a certainement une combinaison de facteurs externes et internes. Il y a des éléments de culture dans l'hôpital, qui touchent soit la gestion soit la pratique médicale, qui doivent être améliorés, et ceci fera partie de notre plan d'action. Donc, encore une fois, action rigoureuse appuyée par les moyens financiers appropriés au niveau des quatre grandes urgences de Montréal, au niveau des urgences de la Montérégie et, d'ici quelque temps, dans d'autres urgences problématiques pour le reste du Québec.

Mme la Présidente, je m'excuse de cette confusion, qui est tout à fait involontaire et inappropriée. C'est donc la fin de notre intervention. Ça a été utile. Je ne sais pas, moi, j'aime bien ce genre d'exercice. En passant, j'aime beaucoup les travaux parlementaires. Je trouve que, dans mon travail, c'est ce qui est le plus intéressant, une des choses les plus intéressantes, parce qu'on discute des vraies idées, des vraies choses qu'on veut tous faire pour la population. Et je sais que, la députée et moi, on partage également cette ambition-là, et je ne mets absolument pas en doute son désir de mieux servir la population et de voir les conditions de soins de santé et de services sociaux s'améliorer. Mais il faut quand même reconnaître que, pendant les neuf dernières années, on a eu amplement le temps et l'occasion pour apporter des solutions concrètes et que rien n'a été fait; bien au contraire, on a

contribué à détériorer la situation, à creuser un trou gigantesque qui est passé près, Mme la Présidente, de porter un coup fatal à notre réseau de santé et de services sociaux.

Je parlais du désinvestissement, je parlais des fermetures de places en hébergement, je parlais de la diminution des places en faculté de médecine — et on reviendra à de nombreuses reprises sur ce document déposé le 4 novembre — des mises à la retraite massives, les années surtout dans la première partie du premier mandat du gouvernement précédent où on n'a non seulement pas augmenté les crédits en santé, mais on les a diminués, creusant ainsi un gouffre qui, en raison des coûts d'indexation, est impossible à rattraper, même après plusieurs années, et on en voit les résultats aujourd'hui. On a eu deux heures ce matin pour entendre des solutions, des recommandations. On n'a pas entendu ce genre de choses là. Moi, je suis ouvert à entendre des idées, des façons d'améliorer notre réseau, de le rendre plus fluide, mieux intégré, et on sera certainement intéressés à en discuter dans l'avenir. Et, moi, je ne pense pas que l'on doit parler ici d'un problème de structures. C'est un problème de services.

Il est temps que cette culture d'établissement, il est temps que cette culture de silo cesse dans notre réseau de la santé et des services sociaux. Il est temps qu'on ne parle que d'une chose et une chose seulement, la population, qu'on a le devoir de servir de façon continue, intégrée, entre les soins de santé et les services sociaux, entre les soins de première ligne, de deuxième, de troisième ligne, avec moins de rigidité du travail, plus de financement.

Et on a déjà commencé cette année à financer de façon beaucoup plus importante le réseau de soins de santé, et vous voyez bien, Mme la Présidente, qu'il s'agit là d'une option qui imprime une vision globale pour le système de santé, et chacun des projets est très relié les uns aux autres. Qu'on parle du projet sur les accréditations syndicales et l'organisation du travail, qui, en passant, est reconnue universellement comme inacceptable actuellement avec des énormes unités d'accréditation élevées dans plusieurs hôpitaux de Montréal en particulier, les réseaux locaux, le Commissaire à la santé pour la transparence et l'imputabilité, voilà là enfin, Mme la Présidente, une vision intégrée à moyen et à long terme d'un gouvernement pour les soins de santé et services sociaux au Québec.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le ministre. Maintenant, je reconnaitrai Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve pour une dernière intervention de 10 minutes.

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, merci, Mme la Présidente. En fait, en écoutant le ministre, je me dis qu'il est chanceux de pouvoir investir en santé l'argent que le gouvernement précédent avait négocié et durement négocié et obtenu du gouvernement fédéral. Le problème, c'est que, cet argent en santé, il n'a pas choisi de l'investir dans ce qui était considéré comme prioritaire, c'est-à-dire les services de maintien à domicile, les services de soins de longue durée, également les

services de médecins de famille. Cela, je pense, aura des conséquences extrêmement sévères pour la population, et j'y reviendrai.

Je profite de l'occasion, Mme la Présidente, pour inviter le ministre, lorsqu'il fera ses annonces sur les urgences, également à débloquer les investissements triennaux qui étaient déjà prévus et qui sont maintenant retardés ou carrément mis sur la glace, comme à Maisonneuve-Rosemont, hôpital toujours en attente des 40 millions nécessaires à l'agrandissement, à l'achat et à l'acquisition des équipements qui sont requis pour donner les soins aux patients atteints de cancer. Et je lui demande aussi de revoir la décision qu'il a prise, qu'il a communiquée aux institutions concernées, de mettre fin à la mesure spéciale d'augmentation des heures de service en radio-oncologie, qui contribuait à diminuer les listes d'attente d'au moins 500 patients par année.

Mme la Présidente, c'est un souhait, mais j'aimerais bien que le ministre félicite aussi le gouvernement précédent des efforts constants qu'il a menés durant les quatre dernières années. Si on est capable de dénoncer, on est capable aussi d'applaudir. Alors, le solde positif de 500 infirmières de plus au Québec cette année est quand même le résultat d'efforts constants, et, ma foi, je m'attendrais à ce que le ministre félicite le gouvernement et qu'il distribue ses reproches sur les effectifs réduits dans les facultés d'universités, qu'il les distribue avec plus de justice, si vous voulez. Parce qu'il pourrait tout autant les adresser aux facultés de médecine de toutes les institutions universitaires de même qu'aux fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes qui participaient à la décision en siégeant sur les tables qui recommandaient au gouvernement de diminuer les inscriptions dans les universités.

Alors, je lui recommande aussi de lire le document intitulé le plan *Pour faire les bons choix*, qui avait été accueilli à l'unanimité de l'ensemble des intervenants concernés par notre système de santé, un plan pour offrir justement ce que la population considère comme étant sa priorité: des médecins de famille, du maintien à domicile, des soins de longue durée.

Et, Mme la Présidente, j'aurais apprécié l'interpellation si nous avions pu obtenir des précisions sur la vision que le ministre a de ce qui s'en vient, parce qu'il nous parle de mettre fin à la culture de silo puis il n'a pas dit un mot sur les liens qui, normalement, avec le projet qu'il veut faire adopter, réuniraient à la fois les réseaux locaux qu'il veut intégrer, et les cliniques de médecins, les cliniques privées, et les groupes de médecins de famille, et l'ensemble des hôpitaux universitaires ou affiliés ou encore l'ensemble de tous les autres établissements qui offrent des services à la population. Ça, on n'en sait rien du tout.

• (12 h 10) •

Alors, il n'a pas non plus précisé s'il entendait abolir les dispositions dans la loi constituant les CLSC. Alors, il l'a dit à certains interlocuteurs, mais il faudra bien, un jour... Il ne peut pas jouer à la cachette avec ça. Ça ne peut pas se faire en catimini, une réforme comme celle-là. Il va bien falloir qu'il dise précisément s'il est vrai qu'il prévoit déjà... Il fait déjà travailler sur une seconde phase de sa réforme qu'il a annoncée pour l'automne prochain et qui aurait comme conséquence

d'abolir les dispositions législatives qui créent les CLSC et les centres hospitaliers de soins de longue durée. Or, ça, il faut qu'il s'exprime là-dessus, c'est essentiel. Une réforme comme celle-là ne peut pas se... un réseau, se tourner sur un dix cennes.

Par exemple, le réseau des CLSC est celui qui constituait le fleuron de notre système sociosanitaire, et l'inquiétude que j'ai et qui demeure après cette interpellation, c'est la disparition de la vision sociale de la santé. Nous en sommes à une vision strictement médicale, et l'immense danger, c'est de rendre le système québécois conforme au modèle canadien, parce que la Loi canadienne de la santé, n'est-ce pas, ne reconnaît pas... ne couvre pas les services sociaux et la Loi canadienne de la santé ne concerne strictement que les soins curatifs. Alors, c'est évident, Mme la Présidente, que c'est légitime d'avoir cette grande inquiétude à l'égard de ce changement 180 degrés inspiré par l'Alberta que le ministre veut réaliser au Québec. Il ne peut pas imaginer faire cela sans avoir un débat public. Ce système de santé concerne tous les Québécois.

Mme la Présidente, nous en sommes au sixième mois de ce gouvernement, plusieurs intervenants l'ont répété, et je constate que la récolte est bien maigre en santé. Au chapitre des promesses non tenues ou oubliées, il y a évidemment l'engagement solennel du premier ministre Charest qui avait promis que les 800 millions provenant du fédéral allaient s'ajouter à 1,2 milliard d'argent neuf du Québec qui allait être investi dans le système de santé. À part l'argent du fédéral, il n'y a rien d'autre, et c'est assez paradoxal de voir d'ailleurs le gouvernement utiliser l'argent du fédéral de l'an prochain dès cette année et en utiliser 360 millions à d'autres fins que la santé.

Le ministre de la Santé lui-même avait promis qu'au cours de l'année 2003 une centaine de groupes de médecins de famille répartis dans les régions du Québec seraient accrédités. Ma recherchiste, qui m'accompagne, elle-même m'a retrouvé sur le site du ministère cette semaine cet engagement de 100 groupes de médecins de famille. Et pourtant le ministre y a mis fin. Alors, c'était surprenant de l'entendre regretter qu'il n'y ait pas plus d'intérêt à Montréal. Il y en a 39 groupes de médecins de famille qui sont complétés en région, qui n'attendent que son acceptation, qui dorment sur son bureau. Ça a découragé, il le sait très bien, ça a découragé tout le milieu des omnipraticiens. D'ailleurs, il lit comme moi *L'Actualité médicale*. Il voit bien l'impact que ça a pu avoir, le goût amer que ça a laissé chez les médecins qui s'étaient impliqués.

Également, Mme la Présidente, le Parti libéral avait promis d'assurer l'accès à un service médical 24 heures par jour, sept jours par semaine, partout au Québec, et là, maintenant, le ministre parle d'une distance raisonnable, et puis là il suppose sur quelle serait la distance raisonnable. Ce n'est pas ça qui avait été promis à la population.

Et il en va de même aussi pour la réadaptation. Je rappelle à mon collègue que, dans le programme du Parti libéral, on y lit: «Dès la première année de notre premier mandat, nous verrons à accélérer la prestation de services dans toutes les régions — ça, c'est en matière de réadaptation — à assurer un accès équitable aux

services de réadaptation à toutes les clientèles», alors que le ministre vient d'annoncer cette semaine qu'il n'y a pas d'argent neuf, aucun argent neuf pour le réseau de réadaptation physique. Et, pire encore, ce qu'on nous rapporte, c'est que les listes d'attente sont de trois mois, voire un an, et que, pour obtenir une place dans un institut de réadaptation, mieux vaut arriver d'un hôpital.

Et je ne veux pas être prophète de malheur, mais c'est ça qui nous guette avec ce que le ministre de la Santé projette. Ce qui nous guette, c'est que, en dehors de l'hôpital, il n'y aura rien de possible. Le maintien à domicile, il va falloir d'abord être passé par l'hôpital, qui va juger prioritaire de renvoyer à la maison les gens âgés, par exemple, qui sont à l'hôpital. C'est-à-dire, ça va être centré sur les besoins hospitaliers, alors que le système de maintien à domicile, c'est pour ne pas entrer à l'hôpital. Pas juste pour en sortir! Et c'est ça, le dilemme, Mme la Présidente, c'est ça, l'inquiétude profonde à laquelle le ministre aurait pu répondre s'il avait accepté, s'il avait accepté l'invitation qui lui était lancée par les 500 participants qui vont participer ce soir au forum sur l'avenir notamment des soins de santé. Je ne comprends pas que le ministre parle de transparence et qu'il ne l'offre pas à la population. Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci beaucoup, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Alors, permettez-moi de vous remercier de toute votre collaboration. Et, la commission ayant rempli son mandat, j'ajourne les travaux sine die. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 12 h 16)