



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le lundi 10 mai 2004 — Vol. 38 N° 54

Étude des crédits du ministère de la Santé et
des Services sociaux (3): volet Santé et aînés

**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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le lundi 10 mai 2004 — Vol. 38 N° 54

Table des matières

Santé et aînés	
Organisation des travaux	1
Remarques préliminaires	2
M. Philippe Couillard	2
Mme Louise Harel	4
Discussion générale	6
Déficit autorisé en 2004-2005	6
Plan de remboursement du déficit autorisé en 2004-2005	8
Discussions sur les problèmes de financement	
du système de santé lors des forums régionaux	8
Stratégie visant à éliminer les difficultés	
financières des établissements de santé	11
Mise à niveau des bases budgétaires	11
Réorganisation et financement des services de maintien à domicile	12
Ventilation des crédits selon la formule d'équité interrégionale	14
Plan d'élimination de l'écart de financement interrégional	16
Mesures visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé	17
Document déposé	17
Mesures visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé (suite)	17
Rôle du ministre dans la fixation du nombre d'admissions en médecine	18
Plan d'effectifs médicaux en médecine de spécialité	19
Intentions concernant la création de postes d'infirmières	
praticiennes de première ligne	19
Stratégie visant à assurer l'équité interrégionale	20
Budget du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, dans Lanaudière	21
Stratégie visant à assurer l'équité interrégionale (suite)	21
Mode d'allocation des ressources financières	
selon une approche populationnelle modulée	24
Méthode de calcul des coûts unitaires en santé physique	24
Information transmise aux agences régionales sur le financement	
des établissements du réseau de leur région	25
État d'avancement du projet d'informatisation SI-RIL	25
Mesures visant à assurer la confidentialité de l'information sur les patients	26
Participation financière de Santé Canada au développement	
du projet d'informatisation SI-RIL	27
Intentions concernant les investissements en santé à ville de Laval	27
Bilan d'implantation des groupes de médecine de famille à ville de Laval	28
Mesures adoptées précédemment afin de corriger	
l'inéquité interrégionale en Montérégie	29
Documents déposés	31
Document déposé	31
Document déposé	31
Notions de «délais médicalement acceptables» et	
de «délais exagérés» dans la gestion des listes d'attente	32
Établissement d'un nombre maximum d'interventions	
chirurgicales dans certaines spécialités	33
Mesures visant à réduire la période d'attente de traitement en radio-oncologie	34
Nombre d'implantations de tuteurs médicamenteux autorisé annuellement	34
Mesures visant à réduire la période d'attente	
de traitement en radio-oncologie (suite)	35
Nombre d'implantations de tuteurs médicamenteux autorisé annuellement (suite)	35
Bilan des mesures adoptées pour favoriser l'accès aux services en radio-oncologie	35
Contrats d'affiliation entre des CLSC et des centres hospitaliers	
pour les accouchements par des sages-femmes	37
Bilan du transfert de la gynécologie de l'Hôpital	
du Saint-Sacrement au Centre mère-enfant de Québec	37
Intentions concernant la réévaluation du mode de fonctionnement	
des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	38
Mesures visant à favoriser le transfert en hébergement de personnes	
âgées en perte d'autonomie occupant des lits de courte durée	39

Table des matières (suite)

Explications au sujet de l'Annulation du forfaitaire 2003-2004	40
Crédits alloués à l'atteinte de l'objectif d'équité interrégionale	40
Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS)	
Réaction du ministre aux recommandations de l'Agence de développement de RLSSSS de Montréal	41
Variation des crédits en santé	43
Augmentation du prix des médicaments	44
Rôle des compagnies pharmaceutiques dans la préparation d'une politique du médicament	44
Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (suite)	
Mesures visant à faciliter l'implantation des nouvelles agences régionales	45
Réaction du ministre aux recommandations de l'Agence de développement de RLSSSS de la Capitale nationale	48
Déplacements quotidiens des occasionnels à temps partiel	50
État d'avancement des deux projets de centres hospitaliers universitaires de Montréal	51
Orientations relatives à l'enseignement et à la recherche médicale	52
Date prévue pour l'approbation des deux projets de centres universitaires de Montréal	53
Avenir de l'Hôpital Shriners pour l'enfant infirme au Québec	53
Avis du ministère du Travail sur le regroupement des accréditations syndicales	55
Mode de nomination des membres des conseils d'administration des agences régionales et des instances locales	55
Effets de la réorganisation des services de santé et des services sociaux dans Chaudière-Appalaches	56
Effectifs médicaux au Centre de santé des Etchemins	56
Intentions concernant le Pavillon Saint-Charles-de-Limoilou, à Québec	57
Partenariat public-privé pour les travaux au Pavillon Saint-Charles-de-Limoilou et au Centre hospitalier Robert-Giffard, à Québec	57
Intentions concernant l'implantation des groupes de médecine de famille	58
Rythme et coût d'implantation des groupes de médecine de famille	59
Nature et rôle des cliniques médicales associées et des cliniques agréées	59
Mesures visant à faciliter la reconnaissance de la formation et l'intégration des médecins et des infirmières étrangers	60
Intentions concernant le projet d'agrandissement du Centre hospitalier Saint-Eustache	61
Intentions concernant les projets de CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette et de centre de réadaptation physique L'Interaction	62
Budget de fonctionnement du Centre de santé Port-Cartier	63
Crédits 2004-2005 destinés aux projets d'immobilisations	63
Budget de fonctionnement du Centre de santé Port-Cartier (suite)	64
Documents déposés	64

Autres intervenants

M. Russell Copeman, président

M. Pierre Marsan
Mme Sylvie Roy
M. Claude Bachand
Mme Lucie Charlebois
M. Jean-Claude St-André
M. Richard Legendre
Mme Solange Charest
M. Vincent Auclair
Mme Charlotte L'Écuyer
Mme Agnès Maltais

Le lundi 10 mai 2004 — Vol. 38 N° 54

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (3): volet Santé et aînés**

(Neuf heures cinq minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, chers collègues! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle que l'usage des téléphones cellulaires est interdit dans la salle. Alors, je vous prierais de bien vouloir les mettre hors tension.

Je vous rappelle le mandat de la commission. Nous sommes réunis afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2004-2005.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par M. Legendre (Blainville); M. Charbonneau (Borduas), par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); Mme Richard (Duplessis), par Mme Charest (Rimouski); M. Valois (Joliette), par Mme Maltais (Taschereau). Voilà.

Le Président (M. Copeman): Merci.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Déjà un fautif. Ça a l'air de ça.

Santé et aînés

Organisation des travaux

En ce qui concerne l'organisation des travaux, je vous rappelle que nous débutons, ce matin, un bloc de 15 heures vouées à l'étude surtout des volets Santé et aînés, des crédits relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux et en fait un bloc de cinq heures sur le volet Services sociaux. Je vous rappelle qu'il y aura vote sur tous les programmes une fois que nous avons terminé le mandat, c'est-à-dire jeudi après-midi, et je vous rappelle que nous avons également... nous nous sommes entendus pour des échanges de nature générale, par blocs de plus ou moins 20 minutes, incluant questions et réponses.

Je veux clarifier quelque chose. Compte tenu que la présence des fonctionnaires est plus ou moins assurée pendant toute la période, mais il y a quand même des volets plus spécifiques, j'ai cru comprendre que, pour le volet de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui est un programme entier, c'est prévu pour mercredi. C'est bien ça? La présence...

Mme Harel: C'est bien ça.

Le Président (M. Copeman): C'est bien ça.

M. Marsan: Est-ce que c'est le matin ou l'après-midi?

Mme Harel: C'est assez important, alors ça pourrait être à la fois le matin et l'après-midi.

Le Président (M. Copeman): Mais il faudrait s'assurer, à tout le moins, que les collaborateurs soient présents mercredi matin, puis on verra si ça continue dans l'après-midi. Ça va?

Il y a une demande de procéder à des remarques préliminaires. Je vous rappelle, chers collègues, la situation est un peu différente dans l'étude des crédits du ministre de la Santé et des Services sociaux. Nous avons déjà procédé à l'étape des remarques préliminaires jeudi. Alors, pour revenir essentiellement à refaire des remarques, en principe, c'est un processus qu'on appelle réorganisation des travaux, qui peut se faire par majorité simple. La coutume... Compte tenu qu'il s'agit de majorité simple, je crois qu'il est plus facile si on demandait simplement le consentement.

Alors, est-ce qu'il y a consentement pour permettre à ce moment-ci des remarques préliminaires, j'imagine, et de la part de Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et de la part du ministre de la Santé et des Services sociaux? En sachant évidemment que la façon générale de procéder, c'est que le ministre va débiter avec des remarques, ce qui sera suivi par Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. C'est la façon normale de procéder. Alors, est-ce qu'il y a consentement de procéder ainsi?

Mme Harel: Consentement.

M. Marsan: Il y aurait consentement, mais juste peut-être avant... Étant donné que, vous l'avez bien dit, les remarques préliminaires ont déjà été faites, il y a une demande d'avoir des remarques préliminaires de la part de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, est-ce qu'on pourrait peut-être juste procéder dans l'ordre, c'est-à-dire entendre d'abord la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et ensuite le ministre de la Santé et des Services sociaux?

Le Président (M. Copeman): Ça prendrait un autre consentement. Tout peut se faire, hein, mais ça prendrait un deuxième consentement afin de déroger à nos façons habituelles de procéder, c'est-à-dire qu'on débute avec le ministre et par la suite la porte-parole de l'opposition officielle. Mme la députée, oui.

● (9 h 10) ●

Mme Harel: Oui. M. le Président, je vais vous demander de procéder dans l'ordre, c'est-à-dire que nous entendrons le ministre et par la suite la porte-parole de l'opposition. Habituellement, cela se faisait de telle façon qu'il y avait à la fois un ministre de la Santé et un ministre délégué aux Services sociaux. Et nous entendions donc à la fois les remarques préliminaires de l'un et de l'autre dans leur domaine respectif. Alors, nous allons donc étudier plus particulièrement les crédits en santé, M. le Président, et j'attends donc que le

ministre puisse procéder, si tant est qu'il souhaite faire des remarques préliminaires, et je procéderai par la suite.

M. Marsan: De nouveau, M. le Président, compte tenu du fait que les remarques avaient déjà été faites, quand même, et que vous avez demandé un premier consentement, c'est-à-dire est-ce que la porte-parole de l'opposition pourrait faire des remarques préliminaires? Nous sommes sûrement prêts à acquiescer à sa demande, mais en sachant bien que le ministre pourrait avoir quand même quelques instants par la suite pour nous indiquer aussi ses remarques lui-même. Alors, je pense que, si on pouvait procéder de cette façon-là, ce serait peut-être acceptable.

Le Président (M. Copeman): Écoutez, les consentements assujettis à des conditions, moi, je ne peux pas gérer ça. Tout ce que je peux faire, c'est demander, en deux étapes, s'il y a premièrement un consentement pour retourner à l'étape des remarques préliminaires, il faut s'assurer qu'il y a un tel consentement. Puis deuxièmement, il faudrait par la suite, M. le député de Robert-Baldwin, que je demande de nouveau un consentement afin de changer... de changer l'ordre. Tout peut se faire, Mme la députée, mais la commission est souveraine, tout peut se faire par consentement.

Mme Harel: M. le Président?

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

Mme Harel: Vous venez d'aborder un changement très, très substantiel, je ne sache pas que jusqu'à maintenant ce soit le gouvernement qui ait réagi à l'opposition lors de l'étude des crédits qu'on veut faire voter. C'est la première fois, là, que j'entendrais dire qu'il serait possible, par un vote à la majorité simple, de changer cet ordre immuable des choses. Ça fait 23 ans que je suis dans le Parlement, là, puis ça ne s'est jamais passé autrement. Est-ce que vous me dites qu'à ce moment-ci — il me semble que, si j'étais vous, je prendrais ça un peu en délibéré — ...qu'on peut changer l'ordre de présentation des remarques préliminaires?

Le Président (M. Copeman): M. le député de Robert-Baldwin, oui.

M. Marsan: Je ne crois pas que c'est le point qui est visé, étant donné que les remarques préliminaires ont déjà eu lieu, le ministre avait commencé, la critique de l'opposition avait suivi. Alors, ce qu'on nous demande aujourd'hui, c'est un consentement pour pouvoir procéder à d'autres remarques préliminaires, alors c'est des ajouts par rapport à ce que notre règlement prévoit. Donc, ça doit se faire, comme vous l'avez bien dit, par consentement. Nous, nous sommes prêts à procéder et à donner notre consentement en écoutant d'abord la critique de l'opposition officielle.

Le Président (M. Copeman): Je ne sais pas si nous sommes à une impasse. Écoutez... M. le ministre?

M. Couillard: Moi, je serais disposé, pour ne pas prolonger la discussion, à faire quelques remarques compte tenu du fait que j'en ai déjà fait qui portaient et sur la santé et sur les services sociaux d'ailleurs la semaine dernière. C'était uniquement l'esprit de notre demande, parce qu'on n'a pas scindé nos remarques d'introduction la semaine dernière, on a fait les deux secteurs. Mais je peux bien reprendre essentiellement ceux... parce que, pour nous, c'est un tout, c'est intégré, services de santé et services sociaux. Mais, si on le veut, bien, je peux bien reprendre en résumé mes propos qui portaient sur les soins de santé.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce qu'il y a consentement pour revenir à l'étape des remarques préliminaires à ce moment-ci?

Mme Harel: Consentement.

Remarques préliminaires

Le Président (M. Copeman): Il y a consentement. Bon. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour une période de temps d'une durée maximale de 20 minutes, la parole est à vous.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. Vous me permettez d'abord de saluer mes collègues parlementaires de la commission aujourd'hui, avec lesquels nous allons avoir plusieurs heures de travaux cette semaine. Et j'aimerais également à nouveau présenter les officiels du ministère qui m'accompagnent de même que leurs équipes. À ma droite, M. Roberto Iglesias, qui est sous-ministre en titre de la Santé et des Services sociaux; dans les banquettes en arrière, on retrouvera Dr Michel Bureau, qui est le directeur général des services de santé et de la médecine universitaire; M. Jacques Larouche, qui est sous-ministre adjoint au personnel des réseaux ministériels; M. Pierre Malouin, qui est sous-ministre associé au financement et à l'équipement; M. Poirier, sous-ministre adjoint à la santé publique; Mme Lamontagne, sous-ministre adjointe aux services sociaux; M. Claude Ouellet, à la Direction du budget et des ressources matérielles; ainsi que les autres personnes de leurs équipes respectives.

Alors, M. le Président, au moment où nous avons pris charge des affaires publiques, il y a maintenant plus d'un an, nous avons annoncé à la population et convenu que nous ferions de la santé notre première priorité. Et c'est ce qui a été fait, puisqu'on retrouve aujourd'hui les dépenses de santé et de services sociaux pour 42,5 % des dépenses de programmes, c'est-à-dire si on soustrait le service de la dette. Ce qui est une augmentation continue depuis quelques années, puisque, rappelons-nous, il y a seulement quelques années, c'était environ 30 %. Elle a augmenté rapidement en l'espace d'à peu près une décennie.

Ces crédits que nous déposons cette année représentent une augmentation, sur deux ans, de 12 %, une augmentation totale de 2,2 milliards de dollars et nous amènent à un budget total, pour la santé et les services sociaux, de plus de 20 milliards de dollars. Les

efforts financiers que le gouvernement a accomplis, dès son entrée en fonction, se sont trouvés matérialisés en quelque sorte par des résultats sur le terrain, d'abord en termes de production, de nombre de chirurgies effectuées dans le réseau où il y a eu des améliorations considérables, bien sûr, au moyen d'investissements récurrents de 60 millions de dollars. Par exemple, on peut compter une augmentation de 6 800 opérations pour la cataracte de plus, de 900 arthroplasties du genou de plus et de 640 remplacements de hanche de plus.

J'ai l'impression que le micro fonctionne de façon intermittente, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Nous avons quelques problèmes techniques, je crois. Est-ce que ça va?

M. Couillard: Est-ce que c'est mieux? Oui.

Le Président (M. Copeman): Oui, ça va. Allez-y.

M. Couillard: Donc, augmentation de 6 800 cataractes de plus... Non, ça ne fonctionne pas. 900 arthroplasties de genou de plus et 640 remplacements de la hanche. Dans le cas particulier de la cataracte, on notait une diminution de près de 37 % sur une période d'un an du nombre de patients traités hors des délais cliniquement acceptables, qui sont de six mois.

Nous avons également renforcé la première ligne au moyen du déploiement rapide des groupes de médecine de famille. Rappelons qu'il n'y en avait que 20 à notre arrivée, alors que nous en retrouvons maintenant 76 accrédités et que l'accréditation se poursuit, se poursuivra encore une fois cette année. Le fonctionnement de nos salles d'urgence, qui doit bien sûr continuer à s'améliorer, s'est vu notablement rehaussé cette année au moyen de la poursuite d'un investissement récurrent de 25 millions et d'actions ciblées au niveau de quelques urgences majeures, surtout de la région montréalaise. Nous aurons l'occasion d'y revenir au cours de ces débats.

Parallèlement à ce déploiement de services pour la population, nous entreprenons également une opération assez ciblée et énergique de retour à l'équilibre budgétaire dans notre réseau de la santé et des services sociaux au moyen d'abord de la pleine couverture de l'indexation spécifique des coûts de système, cette année, dans le réseau, de 113 millions de dollars, ce qui permet de faire face au vieillissement de la population, à l'alourdissement de la clientèle, les médicaments et la technologie. Ce qui ne s'était pas vu depuis 10 ans dans le réseau de la santé et des services sociaux et ce qui représente donc 113 millions de dollars.

Nous commençons également une opération triennale d'assainissement des bases budgétaires du réseau, à raison de 100 millions par année sur trois ans, qui sera accompagnée d'ententes de gestion et d'un encadrement strict de la façon dont nos établissements sont gérés.

Les développements auxquels j'ai fait allusion tantôt sont ciblés en ce qu'on appelle les soins extra-hospitaliers ou les soins de proximité, avec le rehaussement de la première ligne, les services sociaux, la santé

publique qui reçoit, en deux ans, des investissements ajoutés de 45 millions de dollars récurrents. Donc, une orientation et des choix qui sont d'ailleurs les bons choix, tel que plusieurs commentateurs l'ont souligné dans les jours qui ont suivi le budget.

Cet effort financier important est accompagné également d'actions législatives dont certaines sont complétées et d'autres restent à compléter. La loi n° 25 sur l'intégration des réseaux de santé et des services sociaux est adoptée, et des démarches visant à concrétiser ces intégrations progressent très rapidement dans toutes les régions du Québec. La loi n° 30 sur le regroupement des unités d'accréditation syndicale est en cours d'application. La Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être est en cheminement, et nous serons bientôt à même de revenir à l'Assemblée avec des améliorations de ce projet de loi.

Ceci également s'appuie sur l'introduction cette année de ce qui était attendu dans le réseau depuis très longtemps, c'est-à-dire un nouveau mode d'allocation budgétaire basé largement, mais pas uniquement, sur des considérations populationnelles modulées bien sûr par les caractéristiques de chacune des régions, ce qui devrait nous permettre, à terme, d'amenuiser les écarts historiques entre les régions du Québec, certaines ayant été sous-financées de façon majeure depuis des années — ce qui était bien connu.

● (9 h 20) ●

L'intégration des services, la meilleure disponibilité des soins de proximité et l'intégration des établissements amènent bien sûr la question de l'informatisation du réseau que nous désirons poursuivre de façon plus productive que cela ne l'a été au cours du passé, puisqu'on verra que des millions de dollars ont été dépensés dans les dernières années sans qu'on ait vraiment de résultats concrets sur le terrain.

Si on fait l'ajout de ce que nous avons introduit comme argent neuf dans le réseau de la santé et des services sociaux, si on parle d'abord de l'argent de développement, on a plus de 470 millions sur deux ans d'injectés de façon récurrente dans le réseau; le financement des nouvelles installations, 45 et 56, pour un total de 101 millions récurrents. Et là je me permets de faire une brève explication parce qu'il était de mise, dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années, de permettre des développements dont des constructions sans prévoir le budget de fonctionnement. Alors, ceux qui ont eu à gérer les établissements de santé savent bien quelles difficultés considérables ça pouvait créer, de sorte que, nous, nous assurons les budgets de fonctionnement lorsque nous ouvrons ou nous autorisons également des nouvelles installations.

Les coûts de système spécifiques. 50 millions récurrents introduits à la base l'an dernier; 113 millions cette année, le plein coût de système spécifique; et enfin, le rehaussement des bases budgétaires de 100 millions. C'est donc plus de 800 millions de dollars récurrents qui sont ajoutés à la base du système de santé et de services sociaux et qui se traduisent largement par des augmentations de services sur le terrain.

Bien sûr, M. le Président, nous aurons l'occasion de revenir en détail sur tous ces plans. Nous avons ici, comme vous le voyez, entrepris une action structurée qui n'est pas uniquement une action de réinvestissement,

qui est une action de consolidation, d'intégration, d'allègement des structures, et nous avons l'intention ferme de poursuivre dans cette direction de façon à donner aux Québécois et aux Québécoises les soins de santé et services sociaux auxquels ils s'attendent depuis maintenant plusieurs années.

Là-dessus, M. le Président, j'ai fait le résumé essentiel de mes propos sur le système de santé. Mme la députée pourra suivre avec ses remarques, et nous pourrons par la suite entreprendre le débat.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et condition des aînés.

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais également ajouter mes salutations à celles du ministre, aux personnes qui l'accompagnent et à lui-même ainsi qu'à tous les membres parlementaires de cette commission. Et je voudrais remercier en particulier ma recherchiste, je dis ma recherchiste, enfin de l'équipe des recherchistes de l'opposition officielle, Mme Barber.

Alors, nous avons, vous le devinez bien, passé quelques heures, puisqu'il s'agit, comme l'a signalé le ministre, de 42 % du budget de l'État. Et, en fait, la première remarque que j'aimerais faire à la suite de ces heures passées d'examen des informations qui nous ont été transmises dans les livres des crédits: la fonction que nous exerçons aujourd'hui, c'est une fonction de contrôle parlementaire qui est essentielle en démocratie.

Les premières constatations à la suite de l'examen des livres de crédits m'amènent à penser et à conclure que l'exercice qui nous réunit et qui ultimement nous amènera à voter, à la fin de nos 15 heures de séance, des crédits de presque 20 milliards de dollars, bien, cet exercice est vicié du fait même que les informations qui nous ont été transmises systématiquement ne contiennent aucune prévision pour l'année financière 2004-2005. Nous allons voter des crédits pour l'année financière 2004-2005, et pourtant, M. le Président, je constate qu'il y a absence de prévisions des dépenses allouées aux établissements du réseau, par région et par établissement; qu'il y a absence de prévisions des dépenses par programmes clientèles, par région et par établissement; qu'il y a absence de prévisions de dépenses de fonctionnement de chaque agence régionale; qu'il y a absence de cibles de réduction des listes d'attente tant à l'urgence que dans les listes d'attente dans les diverses chirurgies; qu'il y a absence de prévisions des dépenses d'investissement autorisées en 2004-2005; qu'il y a absence de toute information sur le budget spécial qui devrait être investi afin de réduire les listes d'attente en 2004-2005; qu'il y a absence de toute donnée sur les admissions en médecine pour septembre prochain.

Alors, je pourrais continuer comme cela, mais on y reviendra. Chose certaine, la constatation que je fais, c'est qu'il n'y a pas de prévisions pour 2004-2005. Les livres des crédits, aussi épais soient-ils, ne contiennent qu'un portrait du passé et ne nous indiquent rien à l'égard de l'année qui vient et sur laquelle nous aurons à

voter des crédits. J'en ai plus appris en lisant le journal *Le Soleil* de vendredi, puisque le journaliste, M. Ricard-Châtelain, nous a fait part d'une séance du conseil d'administration de l'agence de Québec à l'occasion de laquelle le directeur des finances et des immobilisations de l'agence, M. François Dion, a communiqué la façon dont le ministre s'apprête à répartir son budget par région et par établissement. Les sites qui sont identifiés, par exemple à Québec, les établissements de santé et de services sociaux, seraient trop riches de 29,2 millions de dollars. À Montréal, ils seraient trop riches de 212 millions de dollars.

Alors, on comprend donc, par ce billet qui est le journal et non pas par les crédits que nous allons examiner aujourd'hui, on comprend donc que, pour rétablir l'équité interrégionale — c'est le jeu des vases communicants — les régions dites «en excédent» vont faire l'objet d'une ponction au profit des régions dont les ressources sont jugées insuffisantes. Tout cela sur un délai de sept à 10 ans. Alors, ce qui est dans nos crédits, c'est une page, c'est-à-dire une formule, et pour le reste, ça signifie: Débrouillez-vous.

Alors, je pense, M. le Président, que, si on veut nous faire voter des crédits à la fin de cet exercice, on va certainement devoir nous communiquer ces informations que les agences régionales ont déjà par-devers elles, ces informations sur la répartition des ressources qui sont communiquées aux agences et qui ne le sont pas aux parlementaires qui auront pourtant à voter ces crédits. Le ministre annonçait, jeudi dernier, que le mois prochain il annoncerait les modalités de répartition de ces budgets. Je réclame que nous ayons ces informations sur l'année 2004-2005 en cours dès la présente séance ou certainement durant les séances de la présente semaine.

Alors donc, M. le Président, d'une part, des prévisions absentes. D'autre part, à des dizaines et des dizaines de questions de l'opposition, on peut constater un refus répété pour le motif que ce n'est pas jugé pertinent de répondre à des questions, par exemple des questions telles l'absence de budget du Commissaire à la santé, dont le ministre vient de nous parler, en sachant qu'il sera en opération dès cette année. Par exemple, les échanciers, le suivi des différents comités qu'il a mis en place, le nombre d'établissements. On a refusé de nous répondre sur le nombre d'établissements ayant un comité de gestion des risques et de la qualité. On a refusé de nous répondre sur les données statistiques sur les accidents et incidents survenus dans les établissements suite à l'adoption de la loi n° 113. On a refusé de nous répondre sur la planification à court, moyen et long terme des effectifs du réseau, sur l'état d'avancement des travaux sur les résidences privées, sur l'état des discussions entre le ministère et la Société d'habitation du Québec sur un programme AccèsLogis qui réclame des accompagnements des clientèles les plus vulnérables, sur l'état d'avancement des travaux du comité tripartite sur les médicaments, sur l'état d'avancement des travaux du comité sur les personnes âgées, et ainsi de suite.

J'en ai une liste sur laquelle je reviendrai, M. le Président, parce que tout le temps y serait malheureusement consacré, une liste de questions jugées sans réponse et parce que non pertinentes. Alors, je crois,

M. le Président, que c'est vous comme président qui devez juger si les questions sont pertinentes ou pas. Et j'entends bien revenir à la charge à l'occasion de nos travaux pour obtenir, dans le cadre du contrôle parlementaire essentiel, des réponses aux questions que nous avons posées.

Également, ce qui est, de toute évidence, absent des réponses aux questions que nous avons posées, c'est l'ensemble du dossier concernant les transferts du gouvernement fédéral. Alors, c'est l'omission de toute information concernant les transferts du gouvernement fédéral pour les années 2003-2004 et 2004-2005. Le ministre a annoncé — il vient de le réitérer — que, sur deux ans, il injectait 842 millions de dollars supplémentaires dans le budget pour fournir de nouveaux services à la population, je le cite, «et soutenir financièrement les établissements du réseau». Cependant, nulle part il est fait mention des 2 milliards de dollars versés par le gouvernement fédéral au cours de ces deux mêmes années. En fait, il s'agit de cette entente signée le 5 février 2003 par le gouvernement précédent.

• (9 h 30) •

Alors, j'inviterais le ministre à être plus transparent sur cette question. De toute façon, je réfère au discours du budget, à la section III, page 7, discours du budget de 2003-2004 à l'occasion duquel le ministre des Finances annonçait pour l'année 2003-2004 un impact de transferts fédéraux de 1 647 000 000 \$, et pour l'année 2004-2005, de 352 millions, pour, donc, un grand total de 1 999 000 000 \$. C'est donc 2 milliards de dollars de transferts fédéraux qui sont omis dans les réponses aux questions que l'opposition a posées.

Alors, je voudrais donc, M. le Président, que nous puissions, à l'occasion de l'examen de ces crédits, également examiner attentivement la question des déficits. Alors, nous retrouvons, très sobrement décrite — pour ne pas dire plus — nous retrouvons donc dans le livre des crédits la confirmation d'un déficit d'opération de 363 millions de dollars en 2003-2004, et une cible de redressement budgétaire qui a été transmise aux établissements du réseau, de 104 millions de dollars. C'est donc dire qu'il y a des opérations courantes, pour un total de 259 millions de dollars, l'an dernier, qui ont été payées sur une carte de crédit. Alors, ces opérations courantes autorisées par le ministre, on ne l'appelle communément, maintenant, non plus déficit autorisé, mais cible déficitaire maximale. Alors, c'est la nouvelle appellation, là, du déficit que nous reprochait pourtant le gouvernement suite au rapport Breton.

Alors, cette cible déficitaire maximale, pour ne pas dire ce déficit autorisé de 259 millions l'an dernier, comment le ministre entend-il le rembourser? Quel est le plan de remboursement, puisque c'est là un déficit autorisé qui échappe à l'application de la loi sur les déficits? Alors, peut-on tout simplement envisager qu'il s'agit pour l'an passé et cette année d'un déficit autorisé de presque un demi-milliard de dollars, c'est-à-dire 259 millions l'an passé? Et bien évidemment, l'opposition voudrait savoir du ministre quelle est la cible déficitaire maximale autorisée cette année et quels seront les centaines de millions qui seront en fait payés avec une carte de crédit, à même les opérations courantes? On peut penser que ce sera certainement, pour ces deux années, autour d'un demi-milliard de dollars.

Alors, la question est évidemment incontournable: Comment le ministre entend-il rembourser ce demi-milliard de dollars?

En matière de listes d'attente, ce que nous confirme la lecture des crédits, d'abord, concernant les urgences dans les établissements — je cite, à la page 282 du livre des crédits: «Ainsi, selon les résultats actuels, les indicateurs de performance tels la durée moyenne de séjour ainsi que les séjours de plus de 48 heures pour l'ensemble des régions sont demeurés relativement stables...»

Alors, on comprend également, à la page 283 du livre des crédits, au tableau de bord comparatif sur la situation dans les urgences, que la durée moyenne de séjours de 48 heures ou plus s'est légèrement aggravée, puisqu'en 2002-2003 la durée moyenne de séjours de 48 heures ou plus était de 6,4 % des personnes sur civière à l'urgence, alors qu'elle a été, l'an dernier, de 6,8 %. Donc, une aggravation de presque une demie de 1 %.

Je comprends, M. le Président, que la crédibilité du gouvernement est entachée du fait d'avoir tellement promis. Et la conséquence de ces promesses non tenues et des résultats qui ne sont pas au rendez-vous des engagements qui ont été pris il y a un an, c'est qu'il y a deux Québécoises et Québécois sur trois qui se déclarent insatisfaits de la performance du gouvernement libéral en matière de santé.

Cette promesse de tout régler en matière de listes d'attente, elle est très documentée. J'aurai l'occasion certainement d'y revenir, M. le Président. Simple-ment rappeler ce communiqué de presse en temps de campagne électorale, il y a à peine un an et un mois maintenant, qui disait ceci: «Dès le lendemain de l'élection, le Parti libéral promet solennellement d'éliminer les listes d'attente, de désengorger les urgences et de donner accès à des soins et à des services sociaux de qualité 24 heures sur 24, sept jours sur sept, partout au Québec.» Alors, après avoir promis d'éliminer les listes d'attente, on parle maintenant, dans un nouveau document qui s'intitule *Briller parmi...* euh, je ne sais qui, là, enfin, on parle maintenant, et je cite, d'«éliminer l'attente exagérée».

Alors, que signifie l'«attente exagérée»? Je voudrais vous citer quelques chiffres, M. le Président, d'attente de patients hors délai médicalement acceptable. Alors, il s'agit des chiffres disponibles sur le site du ministère, en date du 31 mars 2004: en radio-oncologie, donc pour des patients qui sont atteints d'un cancer du sein ou de la prostate, 163 personnes attendent depuis plus de huit semaines; en chirurgie cardiaque, 126 personnes attendent depuis plus de trois mois; en angioplastie et hémodynamie, 218 personnes attendent depuis plus de deux mois; arthroplastie du genou, 1 927 personnes attendent depuis plus de trois mois; arthroplastie de la hanche, 1 800 personnes attendent depuis plus de trois mois; cataracte, 3 783 personnes attendent depuis plus de six mois; autres chirurgies d'un jour, 24 058 personnes attendent depuis plus de six mois; chirurgie avec hospitalisation, 8 422 personnes attendent depuis plus de six mois. Et il faudrait ajouter à cela les 5 002 personnes âgées en perte d'autonomie qui attendent un hébergement en soins de longue durée, 887 personnes ayant une déficience intellectuelle qui attendent également un hébergement. Et on aura l'occasion de revenir.

Mais le grand total des Québécoises et Québécois qui attendent une intervention hors délai médicalement acceptable est de 39 705. Alors, nous retrouvons tous ces chiffres, soit sur le site, en date du 31 mars 2004, ou encore le tableau de bord comparatif dans les urgences qui nous démontre que la situation ne s'est pas améliorée, elle s'est en fait légèrement aggravée.

Alors, M. le Président, il est certain que la crédibilité du gouvernement est entachée par les promesses qu'il a tenues, la plus grande promesse étant évidemment de consacrer 2,2 milliards en santé et services sociaux dès 2003-2004. Et je rappelle les propos du ministre de la Santé et des Services sociaux lors de débats à l'Assemblée nationale en juin dernier, qui rappelait, et je le cite: «Je l'ai fait hier comme je le fais aujourd'hui. Les engagements de notre parti débutent en 2004-2005.» Alors donc, des engagements non tenus et des déficits d'opérations courantes autorisés.

Auparavant, le Parti libéral du Québec nous reprochait d'éponger des déficits a posteriori; là, il les autorise maintenant a priori. Alors, est-ce que c'est une nouvelle politique, là, du Conseil du trésor d'autoriser des déficits pour financer des dépenses de programmes, en fait des dépenses courantes? On aura l'occasion d'échanger avec le ministre sur cette question.

• (9 h 40) •

En matière d'équité interrégionale, nous y reviendrons également, puisqu'il n'y a pas d'ajout de budget, il y a des réductions de budget pour des régions qui sont considérées comme étant en abondance, en fait. Le terme exact: «en excédents» dans le livre des crédits.

Alors, également, sur la question des quotas, je rappelle que l'engagement du Parti libéral du Québec était d'éliminer les quotas, et on reprochait... le premier ministre, à l'époque chef de l'opposition, reprochait au gouvernement précédent d'utiliser des listes d'attente. Alors, M. le Président, dans la dernière année écoulée, il faut constater qu'il y a eu des quotas pour des angioplasties, pour des défibrillateurs cardiaques, pour des tuteurs médicamenteux. J'étais en contact, encore il y a quelques jours, avec les médecins qui attendent impatiemment la décision annoncée depuis des mois par le ministre de reprendre un rythme accéléré pour ce qui est de l'implantation des tuteurs médicamenteux. Alors, on reviendra sur cette question-là des quotas. Évidemment, on reviendra sur la question des quotas dans les différents secteurs où on les a déjà annoncés.

En radio-oncologie, j'en ai... Il me reste seulement une minute? Bon, alors, écoutez, M. le Président, on aura aussi certainement l'occasion d'interroger le ministre sur la question de la réingénierie. Le ministre avait dit, sur la caisse santé, que c'est une façon déguisée de hausser les impôts. Le ministre des Finances, lors de l'étude des crédits, il y a deux semaines maintenant, a annoncé qu'il enclenchait l'étude d'une telle caisse santé. Quant à l'agence santé, le ministre disait l'an dernier, et je le cite: «Ça créerait en fait, dans les faits, une sorte de ministère parallèle. À quoi sert le gouvernement élu s'il y a une agence santé? On est aussi bien, comme disaient certains, de tout sortir la santé du gouvernement puis de faire une sorte d'Hydro-santé, ce que, moi, je ne trouve pas du tout envisageable ni souhaitable pour la population.»

Interrogée à la conférence de presse sur la réingénierie, la présidente du Conseil du trésor répondait: «Dans la vague n° 2, il va y avoir bien sûr un débat sur un fonds santé. Peut-être qu'éventuellement ça créera une telle agence, suite à cette démarche.» Et on aura certainement l'occasion de revenir sur les engagements de la présidente du Conseil du trésor en matière de réingénierie public-privé, avec la rénovation ou le remplacement de 3 000 à 5 000 places dans les CHSLD, pour lesquels nous n'avons aucune prévision pour l'année 2004-2005.

Alors, voilà, M. le Président. Et bien d'autres choses, évidemment, notamment à l'égard des lois n° 25 et n° 30. Je cite... C'est déjà terminé? C'est déjà terminé. Alors, nous aurons donc les prochaines heures pour échanger sur tous ces sujets. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. Est-ce qu'on est prêts à procéder aux échanges? Mme la...

Mme Roy: Pas de remarques préliminaires.

Le Président (M. Copeman): Non?

Mme Roy: Non.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): O.K. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, la parole est à vous.

Déficit autorisé en 2004-2005

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, commençons par la question des déficits. Je posais tantôt la question au ministre. Nous retrouvons à la page 13 du livre des crédits, en réponse aux questions particulières, nous retrouvons donc le déficit de 363 223 915 \$ pour 2003-2004. L'an dernier, le ministre considérait que deux tiers de ce déficit étaient dus à une base budgétaire insuffisante. Alors, doit-on comprendre que... Le redressement transmis aux établissements, de 104 millions, fait apparaître un déficit autorisé de 259 millions pour 2003-2004.

Alors, la question: Quel est le déficit autorisé pour 2004-2005? Et quel est le redressement budgétaire attendu des établissements pour 2004-2005? Et quel est le plan de remboursement?

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

M. Couillard: M. le Président, à cette question des déficits, il faut d'abord faire un petit retour en arrière pour bien comprendre quelle est la situation, d'où on vient, et quelle est la façon la plus rationnelle de s'adresser à ce problème qui est très important.

D'abord, distinguons deux choses: le déficit accumulé et le déficit d'opération. Le déficit accumulé, on le sait maintenant, pour le réseau de la santé et des services sociaux, approche le milliard de dollars. C'est une décision gouvernementale quant à savoir ce qui sera fait de ce déficit accumulé. Il doit éventuellement être

remboursé par le Trésor public. Les modalités de ce remboursement seront discutées ultérieurement.

Ce qu'on doit faire actuellement, c'est discuter du déficit d'opération. Et, si on fait un retour en arrière à partir de l'adoption en juin 2000 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, malgré l'impression que probablement involontairement Mme la députée a voulu laisser flotter, le réseau n'a jamais été en équilibre budgétaire. Malgré cette loi, il y avait des déficits autorisés année après année, déficits autorisés par ses collègues du Conseil des ministres de l'époque. Alors, par exemple, en 2000-2001, le déficit annuel était de 148 millions; en 2001-2002, de 281 millions; en 2002-2003, 300 millions. Alors, j'ai de la difficulté à comprendre comment on peut s'étonner qu'il y ait des cibles de déficit autorisé ou des cibles d'atteinte d'équilibre budgétaire, puisque c'est la pratique même qu'a exercée sa propre formation politique et son parti politique lorsqu'il était au gouvernement.

Maintenant, chose intéressante à se demander: Pourquoi cette chose s'est-elle produite? Comment se fait-il qu'après avoir épongé le déficit accumulé, avoir rehaussé les bases budgétaires à au moins deux reprises, comment se fait-il que ces déficits se sont reconstitués de façon automatique et presque mathématique? J'ai déjà eu l'occasion de l'expliquer dans un autre contexte. Essentiellement, ces déficits ne pouvaient faire autrement que de se réaccumuler pour les raisons suivantes: d'abord, on ne fournissait pas aux établissements le coût de système spécifique, qui est 1 % du coût de fonctionnement des établissements; cette année, par exemple, 113 millions. L'an dernier, nous en avions fourni la moitié, 50 millions; les années précédentes, ça n'avait jamais été fait. Alors, comment voulez-vous qu'un établissement... qu'un gestionnaire d'établissement, qui a à faire face à une augmentation de la clientèle, à une augmentation des coûts de médicaments et de la technologie, puisse le faire sans aggraver son déficit s'il ne reçoit même pas de l'État la somme nécessaire à faire face à cette pression? Donc, premièrement, non-couverture du coût de système spécifique.

Deuxièmement, il y a également toute la question de ce qu'on appelle les développements non autorisés ou non pourvus. Développements non autorisés dans le sens qu'il se fait des développements dans les établissements sans qu'il n'y ait un contrôle strict de ce qui y est autorisé et que, par la suite, on présente une facture pour les coûts de fonctionnement qui est bien sûr ajoutée au déficit de l'hôpital.

Et également, la question de non-provision de budget d'établissement... de budget de fonctionnement pour les nouvelles installations. Un des souvenirs que j'ai, à mon arrivée au ministère, c'est d'être allé inaugurer le centre ambulatoire de Lakeshore qui était en fait prêt depuis six mois, mais qu'on avait tapissé de «plywood» parce qu'on n'avait pas le budget de fonctionnement pour le faire fonctionner. Alors, je pense que, là, ça a été... Puis, moi, j'ai bien connu ça dans le réseau, là, c'était classique, hein, on autorisait une construction, une nouvelle salle d'opération, une nouvelle salle d'angiographie, mais on ne prévoyait jamais le budget de fonctionnement.

Autre exemple de budget non pourvu ou non prévu sur lequel il faudrait un jour avoir des explications, le

nouvel hôpital de Lakeshore qu'on nous a donné, qu'on va aller inaugurer d'ailleurs... de Le Gardeur, pardon, de Le Gardeur — pas de Lakeshore — qu'on va aller inaugurer dans 10 jours. C'est une bonne nouvelle, c'est la première fois qu'on inaugure un nouvel hôpital depuis longtemps au Québec; la dernière fois, je pense, c'était l'hôpital Anna-Laberge à Châteauguay. Bien, on n'avait nulle part prévu le coût de fonctionnement pour ce nouvel hôpital, additif par rapport à l'ancien hôpital, qui était au minimum de 24 millions de dollars. Alors, voilà pourquoi on se retrouve dans cette situation, voilà pourquoi, M. le Président, si on n'avait pas une approche rigoureuse, on peut déjà prévoir mathématiquement que, même si on épongeait le déficit année après année, même si on augmentait les bases budgétaires, ce déficit mathématiquement se reconstruirait à chaque année.

Alors, qu'est-ce qu'il faut faire pour avoir une action structurante et éviter que ce déficit ne recommence à se creuser de façon incontrôlable? Bien, compte tenu de ce que je viens de dire, il faut essentiellement faire deux choses. D'abord, il faut fournir aux établissements le coût de système spécifique, c'est ce qu'on fait cette année. Deuxièmement, il faut encadrer les développements, s'assurer que, lorsqu'on permet des développements, ils soient pourvus en budget de fonctionnement. Et enfin, faire avec les établissements des ententes de gestion très serrées qui tournent autour de ce concept qu'a illustré Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, qui dit qu'effectivement une partie des déficits, compte tenu de ce que je viens d'expliquer, une partie des déficits d'établissement est certainement de type structurel, en voulant dire non-provision de budget de fonctionnement ou accroissement du coût des médicaments, alourdissement de la clientèle auquel l'établissement n'est pas en mesure de faire face.

Alors, nous commençons cette année une opération de redressement des bases budgétaires, de mise à niveau des bases budgétaires que nous voulons être une opération triennale, que nous commençons cette année avec 100 millions de dollars récurrents mais qui seront utilisés de façon très serrée, avec des ententes avec chaque établissement, de façon à s'assurer que cette mise à niveau de bases budgétaires n'est pas interprétée comme l'ouverture d'une nouvelle marge de crédit, parce que, effectivement, c'est la tendance qu'on a eue au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux.

● (9 h 50) ●

Alors, cette année, la cible de déficit autorisé devrait être autour de 190 millions de dollars, 200 millions de dollars. Je pense que, si on a un déficit d'exploitation de cet ordre-là, compte tenu qu'on est à 360 cette année, dont 60 est constitué de développements qu'il a fallu pourvoir, entre autres, et de coûts de système non pourvus, si on applique la mathématique générale du deux tiers-un tiers, si on applique maintenant les ententes de gestion avec chaque établissement, notre but est de présenter, à la fin de l'année financière 2004-2005, un déficit d'opération total qui tourne autour de 200 millions de dollars, ce qui nous donnerait espoir de pouvoir consolider encore plus le processus avec les deux années suivantes en ajoutant à chaque année 100 millions de dollars.

Mais on voit qu'il faut procéder de cette façon, il faut procéder en agissant sur tous les fronts et non pas

se contenter de passer l'éponge sur l'ardoise et en pensant qu'en faisant ça, ça va suffire à régler le problème. Je pense qu'on a eu la leçon depuis l'an 2000, 2000-2001, ne faire que rehausser les bases budgétaires ou éponger des déficits accumulés sans avoir d'action de financement des coûts de système spécifique, sans encadrement des développements, sans entente de gestion avec les établissements, c'est un coup d'épée dans l'eau, on se condamne à répéter les mêmes déficits, année après année, M. le Président.

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

Plan de remboursement du déficit autorisé en 2004-2005

Mme Harel: Alors, M. le Président, je comprends donc qu'il y a actuellement un déficit accumulé de 1 milliard. Et, sur ce milliard, 363 millions le sont sous l'administration du ministre de la Santé et des Services sociaux en 2003-2004.

Alors, la question que je pose: Sur ce 363 millions, 104 ont fait l'objet d'une cible de redressement budgétaire, on la retrouve aux pages 54 et 55 du livre des crédits, aux questions particulières, et on voit qu'il y a donc un solde de 259 millions pour 2003-2004. Comment le ministre entend-il rembourser ce déficit autorisé?

Je comprends qu'il ne peut pas demander aux établissements qu'il a autorisés à faire ces dépenses de rembourser ce déficit. Qui finance ce déficit présentement, là, 259 millions pour l'année 2003-2004? Et quel est le plan de remboursement donc pour l'année 2003-2004? Il nous annonce 200 millions pour 2004-2005 de déficit autorisé. Donc, ce n'est pas tout à fait un demi-milliard, mais pas loin. Quel est le plan de remboursement?

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

M. Couillard: Là, encore une fois, M. le Président, on confond le déficit accumulé puis le déficit d'opération, ce qui n'est pas... Ce qui est dans le déficit d'opération d'une année devient une partie du déficit accumulé. Puis cette décision de la façon dont on va rembourser ce déficit-là dépasse le ministère de la Santé et des Services sociaux, inclut le ministère de la Santé et des Services sociaux, implique tous les ordres du gouvernement et fera partie, je suppose, des discussions qu'on aura dans les forums avec la population, à savoir comment est-ce qu'on doit un jour faire appel ou traiter cette dette.

Je rappelle que cette situation n'est pas unique au Québec, il y a des déficits accumulés d'établissements dans l'ensemble des juridictions canadiennes. Et je pense qu'avant tout il faut s'attaquer au budget d'opération. Parce que, si on ne contrôle pas la croissance des déficits d'opération, si on ne met pas fin à cette mécanique qui est automatique, que je décrivais tantôt, on va se retrouver, année après année, avec le même déficit que l'année précédente, plus le coût de système non pourvu, plus des développements non pourvus. Donc, c'est une croissance qui devient à partir de maintenant exponentielle. Il est essentiel de faire maintenant

un geste pour mettre fin... mettre un frein à cette situation-là.

Et on sait qu'actuellement les déficits accumulés des hôpitaux ne figurent pas au périmètre comptable du gouvernement, ce qui est une chose qui avait été également faite par le gouvernement précédent. Et, dans le passé, ces éléments-là ont été mis sur la dette, la dette publique du Québec qui est maintenant, on le sait, la plus élevée en termes de per capita et par rapport au PIB au Canada. Alors, on voit que la situation n'est pas simple. Mais la chose qu'il faut faire en priorité, c'est, encore une fois, comme je l'ai expliqué tantôt, s'attaquer aux déficits d'opération des établissements en ayant avec eux des ententes de gestion serrée, en leur fournissant le coût d'indexation spécifique, en s'assurant que les développements sont autorisés et pourvus, et en suivant la situation de très près, en faisant le partage avec chacune des institutions entre le déficit structurel et le déficit dû, je dirais, à des mécaniques de gestion à améliorer.

Mme Harel: M. le Président, c'est parce que ça ne figure pas au périmètre comptable du gouvernement que ce n'est pas sur la dette publique. Ça alourdit encore la dette des établissements. Et est-ce que le ministre fait une distinction entre les déficits autorisés qui sont des opérations courantes, ce qu'on appelle payer l'épicerie avec sa carte de crédit, qui sont des opérations courantes, puisqu'il les autorise, et donc échappent complètement à l'application de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, puisque cette loi indique qu'un établissement qui anticipe un déficit au 31 mars d'une année financière doit intégrer ce déficit comme une dépense à son budget de l'année financière subséquente. Alors, est-ce que les établissements ajoutent à leur budget de l'année financière subséquente les déficits autorisés par le ministre?

M. Couillard: En fait, ce qui se passe, et c'est comme ça — et je vais juste revenir sur quelques points que la députée a soulevés — c'est que, dans le passé, les rehaussements et les effacements de budgets on été mis sur la dette. Effectivement, c'est comme ça qu'on a procédé. Le dernier milliard, il est à l'extérieur du périmètre comptable, il n'est pas sur la dette. On verra comment, cette fois, on va en prendre soin, mais il est important qu'on ait un jour une façon de faire face à ça.

Pour ce qui est des déficits d'opération des établissements, ils se traduisent l'année suivante par le paiement des intérêts. Alors, pour l'ensemble du réseau, le montant des intérêts actuellement payables sur les emprunts consécutifs aux dépenses d'opération est autour de 50 millions de dollars pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, raison de plus pour laquelle il est essentiel de s'attaquer en premier lieu à la question de l'équilibre des dépenses de fonctionnement.

Discussions sur les problèmes de financement du système de santé lors des forums régionaux

Mme Harel: M. le Président, est-ce que le ministre nous dit que le gouvernement aurait, au cours de la dernière année, envoyé à la dette... c'est ce qu'il semblait dire tantôt, il parlait de dette publique. Est-ce

qu'il y aurait... Non, je vois sa dénégalation. Donc, c'est encore, donc, toujours sous la responsabilité des établissements. Et donc, à la fin du présent exercice financier, il y aurait environ un demi-milliard de plus qui va alourdir le déficit des établissements en deux ans. Et il parlait tantôt des forums régionaux. Je suis certaine que mes collègues veulent savoir s'il y aura des propositions lors de ces forums régionaux. Ou attend-il que ce soit de génération spontanée, là, qu'on discute de la dette et du milliard d'endettement des hôpitaux?

M. Couillard: Alors, dans les forums régionaux, ce qu'on va vouloir discuter avec les citoyens, c'est d'abord toute la question du financement des services de santé en général, où on fait face à une équation qui est connue de tous depuis très longtemps, qui est la différence entre le taux de croissance minimum du système de santé, qui est autour de 5 % à 6 %, et le taux de croissance des revenus des gouvernements, qui en général est autour de 3 % ou 4 %. Alors, il y a là un intervalle qu'il faut combler. Bien sûr, la première façon dont on doit combler cet intervalle, c'est au moyen de la correction du déséquilibre fiscal et dans les négociations avec le gouvernement fédéral quant à la façon de récupérer notre dû pour ce qui est du financement des soins de santé.

Ceci étant dit, il faut également considérer la réalité suivante et parler de réalité. La réalité, c'est que, au Canada, les systèmes de santé ne sont financés que par une seule source: le citoyen. C'est le citoyen qui paie le système de santé avec une petite partie de taxes sur la masse salariale au Québec, mais en gros c'est le citoyen qui paie le système de santé, que ce soit par ses impôts fédéraux, ses impôts provinciaux. La loi canadienne sur la santé, qui indique le principe d'administration publique, indique que la source de financement doit être publique. Donc, le citoyen ne peut pas ajouter du financement par des assurances complémentaires ou d'autres mécaniques telles qu'il existe dans d'autres pays. Donc, le citoyen est celui qui pourvoit au système de santé, et nous l'avons voulu ainsi, et c'est une bonne chose parce que ça permet d'exprimer notre solidarité.

Maintenant, il est certain qu'une fois qu'on est arrivés au terme de ce qu'on peut faire en termes de récupération des sommes venant de l'autre palier de gouvernement, la mécanique infernale de croissance des coûts de santé se poursuit, et il faut à un moment donné poser la question aux citoyens: Est-ce que vous pensez que, dans la situation actuelle, ce rythme de croissance est soutenable pour l'État? Est-ce que vous, comme citoyens, vous accepteriez d'y pourvoir de façon augmentée? On sait que certaines études sur la population ont montré que les gens accepteraient de contribuer au système de santé moyennant deux conditions: un, c'est qu'ils soient certains que l'argent qu'ils donneraient va véritablement au système de santé et ne se perd pas dans le grand fonds consolidé du revenu où on ne sait plus vraiment ce qui arrive; deux, ils veulent également que le financement accru qu'on leur demande s'accompagne d'une augmentation réelle et perceptible des résultats sur le terrain de ce système de santé, ce qui d'après moi est la moindre des choses pour qu'ils aient l'impression, comme on dit, d'en avoir pour leur argent.

● (10 heures) ●

Alors, ce qu'on va poser comme question aux citoyens: Quelle est la façon dont, d'abord, vous pensez qu'on pourrait rendre plus visibles ces sommes qui sont dirigées vers la santé? Alors, on pourrait, par exemple, à l'intérieur du fonds consolidé, avoir un compte qui permet de faire la conciliation entre les revenus et les dépenses pour que les gens voient d'où vient l'argent qu'on affecte au système de santé. Cela, en soi, ça ne nécessite pas de contribution augmentée du citoyen. Si on va plus loin dans la réflexion, bien là on passe à la question, là, au concept d'une caisse santé où on prend certains prélèvements fiscaux qu'on attribue spécifiquement au système de santé. Et une autre façon également d'envisager ça compte tenu du changement démographique qui a cours au Québec, c'est de rendre une partie de cette caisse capitalisable de façon que les générations futures aient une façon de faire face à nos services à nous lorsqu'on sera, dans quelques années, ceux qui vont encourir le plus de dépenses dans le système de santé.

Alors, vous voyez que c'est une question qui est vaste. On va écouter les citoyens, on va écouter ce qu'ils ont à dire là-dessus. Et, chose certaine, la première chose à faire, c'est d'avoir des discussions serrées avec le gouvernement fédéral pour qu'il augmente sa participation au financement des soins de santé dans le contexte plus large du déséquilibre fiscal.

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

Mme Harel: M. le Président, c'est une question qui est vaste, hein, le ministre vient de le mentionner. Le premier forum régional a lieu à Laval samedi prochain. Alors, il y aura, me dit-on, 50 minutes consacrées à l'ensemble des questions relatives... ou 60 en fait...

Une voix: ...

Mme Harel: Peut-être 60 minutes, les questions relatives au réseau de la santé et des services sociaux et à qui on affecte presque 42 % du budget de l'État.

Alors, est-ce que pour samedi prochain, là, il y aura des documents? Comment est-ce que la population présente, là, dans ces forums va pouvoir se saisir des questions que vient de soulever le ministre? Y a-t-il un document qui est prévu à être distribué à l'occasion de ces forums?

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

M. Couillard: D'abord, vous me permettez de parler de ces forums et d'inviter les citoyens qui nous écoutent à y participer en plus grand nombre possible. Je pense que c'est important, et, pour moi, c'est une façon d'un peu changer la façon dont on s'y est pris au cours des dernières années pour consulter la population. Lorsqu'on parlait de consulter la population au Québec, ça voulait dire en général réunir autour d'une table les groupes constitués et les groupes de pression. Que ce soit au niveau patronal ou au niveau syndical d'ailleurs, des deux côtés, on retrouvera essentiellement chaque fois les mêmes personnes, les mêmes organisations autour de la table. Cette fois, c'est le citoyen qui va

pouvoir s'exprimer. Et on s'est gaussé dans l'opposition de la façon de sélectionner les citoyens qui participent aux forums. J'aimerais faire remarquer que c'est une formule qui est utilisée à profit dans d'autres pays, dont la Grande-Bretagne particulièrement, qui soumet à un panel de citoyens sélectionnés exactement de la même façon les questions, les choix fondamentaux auxquels le système de santé doit faire face.

Maintenant, pour ce qui est du fonctionnement des forums, il est prévu qu'ils débutent par une présentation des deux coprésidents avec des documents distribués aux participants sur les enjeux de démographie, de finances publiques, incluant le financement du système de santé. Et il est prévu également que chacun des quatre secteurs fait l'objet d'une présentation vidéo de quelques minutes avec questions qui sont également dans un cahier du participant. Les questions vont figurer dans le cahier du participant, et le débat suit. Une fois ces forums régionaux complétés, on se dirige vers le rendez-vous de l'automne où il y a un grand forum national, où également, là, cette fois, ce qu'on appelle les groupes de la société civile vont participer avec les représentants de citoyens de façon à essayer de développer des pistes d'atterrissage ou des pistes de solution pour l'ensemble de ces problèmes-là. Parce que le problème de la démographie et des finances publiques, ce n'est pas demain ou après-demain qu'il se pose, c'est aujourd'hui qu'il se pose, et il faut maintenant dégager les réponses pour y faire face.

Mme Harel: M. le Président, je comprends que, pour le premier forum, là, qui va se dérouler à Laval, samedi, c'est trop tard, là, pour inviter la participation des citoyens, puisque les inscriptions sont déjà terminées. Cependant, je comprends des propos du ministre qu'il a changé d'idée. L'an dernier, il disait, et je le cite: «Le projet péquiste de créer une réserve d'argent pour pallier aux besoins futurs engendrés par le vieillissement de la population, c'est une façon déguisée de hausser les impôts.» Alors, je comprends qu'il a changé d'idée par rapport à la déclaration qu'il faisait dans *Le Soleil* le 5 avril dernier... 5 avril 2003. Et d'autre part est-ce qu'à défaut de corriger le déséquilibre fiscal, qui origine de la structure fédérale dans laquelle on est, je comprends que le ministre va préférer imposer à la population une hausse d'impôts?

M. Couillard: Non. Quand on parle de consulter, on parle de consulter, là. On ne change pas d'idée, on a les mêmes idées. Puis je vais y faire allusion encore une fois, mais on va écouter ce que les citoyens ont à dire là-dessus, puis ça va faire un changement pour les citoyens d'avoir l'occasion de dire ce qu'ils veulent exactement. Et on peut fort bien faire deux choses à la fois. On peut, d'une part, converser de façon serrée avec le gouvernement fédéral pour minimiser ce déséquilibre fiscal et récupérer les sommes qui nous sont dues et on peut, d'autre part, envisager des sources de financement. Et je pense que c'est quelque chose qu'il faut dire de façon ouverte. Lorsque je disais que c'est une façon déguisée de hausser les impôts, oui, ça peut l'être si on n'est pas transparent avec la population. Si on dit à la population: On va augmenter vos impôts, vos taxes parce que, en partie, ça doit servir à financer le

système de santé, là on dissimule la réalité à la population. Si on dit aux citoyens: Vous êtes la source principale, travailleurs autonomes et salariés, du financement du système de santé, c'est vous qui avez votre mot à dire sur le niveau de financement puis la façon dont on utilise ces sommes... Et là on leur dit que, si — et encore une fois il n'y a pas de décision de prise, on va là pour écouter ce que les citoyens ont à dire — si on dégage une contribution augmentée du citoyen, elle le sera de façon visible et transparente affectée au système de santé.

Maintenant, la contribution du gouvernement fédéral également fait partie des sujets qu'on va présenter aux forums. Puis, moi, j'ai eu l'occasion d'en discuter avec les collègues fédéraux à quelques reprises, vous savez que c'est un concept qui n'est pas uniformément accepté, le déséquilibre fiscal, à l'étage fédéral. Moi, je ne dis pas que c'est une hypothèse, c'est une réalité. Les législatures provinciales ont à faire face à des pressions de dépenses qui sont énormes, notamment à cause des dépenses en santé, et de toute évidence les ressources fiscales dont elles disposent ne sont pas suffisantes pour faire face à cette pression de dépenses. Ça me paraît une évidence qu'il est difficile de contester. Et on voit d'ailleurs que les différents partis politiques fédéraux ont des opinions divergentes là-dessus, et on a l'occasion très fermement, avec notre collègue ministre des Finances et le premier ministre, de continuer à faire valoir l'opinion du Québec là-dessus de même que celle des autres provinces également qui, pour la plupart, partagent cette opinion.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, on a dépassé l'enveloppe prévue pour cet échange. M. le député de Robert-Baldwin et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Marsan: Je vous remercie, M. le Président. Alors, à mon tour de vous saluer, M. le ministre, saluer les gens qui vous accompagnent et nos collègues des deux côtés de cette table.

J'écoutais tantôt, en guise d'ouverture pendant les remarques préliminaires, mais aussi comme première question, la critique de l'opposition nous parler du budget, de déficit et j'aimerais peut-être rappeler jusqu'à quel point le gouvernement précédent nous a vraiment mis dans la dèche en termes de management, en termes d'administration de tout le secteur de la santé et des services sociaux. Pendant neuf ans où nous étions dans l'opposition, moi, j'entendais les différents ministres de la Santé qui se sont présentés devant nous nous dire que le budget, ça devait être changé parce que ça reposait sur des bases historiques. Qu'est-ce que c'est, les bases historiques? Bien, c'est un budget qui avait commencé quelque part autour des années 1973 et auquel on avait ajouté des pourcentages difficilement compréhensibles, si vous me permettez. Mais il n'y avait rien de très, très scientifique dans cette façon de procéder. Alors, année après année, les établissements se voyaient recevoir une augmentation, mais souvent ça ne collait avec la réalité. Puis, particulièrement dans les neuf dernières années, je pense que c'est devenu de plus en plus difficile. Vous avez donné, M. le ministre, l'exemple des coûts de système. Bien, pendant neuf ans, on a réclamé les coûts

de système à l'ancien gouvernement pour les établissements non seulement de santé, mais de services sociaux, et la réponse a toujours été la même, ça n'a pas été fait.

Nous avons assisté, vous vous en souvenez, à un virage ambulatoire qui a été annoncé en très grande pompe. Et on a beaucoup parlé de ce fameux virage ambulatoire, mais dans les faits, quand on regarde ce qui a été fait aujourd'hui, eh bien on a constaté qu'il n'y a pas eu d'investissement dans les soins à domicile. Alors, on diminuait les hospitalisations, mais on ne donnait pas le support nécessaire au niveau des soins à domicile. Et, pour plusieurs autres patients qui étaient des patients que l'on qualifie de soins prolongés, qui occupaient des lits de soins aigus, bien on n'avait pas de facilités pour permettre à ces patients d'aller dans des établissements de soins prolongés, donc ils occupaient, eux aussi, ces patients-là, des lits aigus. Et encore là je voudrais... je souligne jusqu'à quel point ça frôlait l'irresponsabilité dans certains cas, mais l'administration du réseau de la santé et des services sociaux a été vraiment des plus pénibles sous l'administration du dernier gouvernement.

● (10 h 10) ●

Heureusement, M. le Président... Et je souligne l'expérience du ministre, je souligne son expérience. Je pense, quelques jours avant de commencer la campagne électorale, il était dans les salles d'opération. C'est un neurochirurgien, il sait de quoi il parle lorsqu'il nous parle de patients, lorsqu'il nous parle de soins intensifs, lorsqu'il nous parle de soins postopératoires, lorsqu'il nous parle de suivi à la maison de ces patients-là. Alors, nous avons fort heureusement un ministre d'une très, très grande crédibilité.

Stratégie visant à éliminer les difficultés financières des établissements de santé

M. le ministre, je voudrais revenir, vous avez énuméré un certain nombre de solutions. J'aimerais peut-être que vous développiez sur une ou deux de ces solutions-là. Vous avez parlé évidemment de l'augmentation des coûts de système qui est, à toutes fins pratiques, la réponse aux difficultés financières des différents établissements, mais vous avez parlé également d'encadrer le développement d'ententes de gestion avec les établissements. Alors, j'aimerais ça vous entendre sur ces sujets, sur ces corrections nécessaires, et enfin ces corrections qui nous arrivent.

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

M. Couillard: Alors, lorsqu'on parle d'ententes de gestion, M. le Président, on parle de processus individualisé avec les établissements et non pas d'une déclaration urbi et orbi qui statue sur la question des déficits à distance. Alors, nos équipes, sous la direction de M. Malouin, vont encore une fois, comme chaque année, prendre le bâton de pèlerin cette année puis visiter les établissements du Québec et, de façon individuelle, discuter avec chacun de ces établissements, de leur situation, incluant la partie, qu'on peut qualifier de structurelle, des déficits d'opération, incluant les développements prévus, leur encadrement, leur autorisation et le fait d'y pourvoir les coûts de fonctionnement,

et incluant également la façon dont on va provisionner le coût de système spécifique des établissements.

Il faut savoir, comme vient de l'indiquer le député de Robert-Baldwin, que, dans les établissements, les réunions de comité de direction, année après année, se déroulaient essentiellement de la façon suivante. On avait une augmentation des coûts de médicaments, des coûts de fournitures médicales, un accroissement de la clientèle, et on nous disait à Québec: Bien, organisez-vous dans votre base budgétaire habituelle. Le problème du système de santé... Et ça, c'est un message qu'on a entendu du Parti québécois jusqu'en décembre 2002. C'est juste en décembre 2002, quelques semaines avant le déclenchement de l'élection, qu'on a semblé réaliser qu'effectivement il y avait un problème de financement en santé, parce que, auparavant, autant le premier ministre, maintenant chef de l'opposition, que les ministres successifs disaient: En santé, ce n'est pas le financement le problème, c'est la gestion, c'est parce qu'on n'a pas des bons gestionnaires dans le système de la santé. Si on gérait mieux, il me semble que ça irait mieux, puis on va continuer à mettre de la pression là-dessus. Alors, la pression, sur le terrain, ça se traduisait par ce type de décisions dont je parlais tantôt. Bien là il faut qu'on fasse face à une augmentation de coût de médicaments et de fournitures médicales, dans quoi qu'on va couper cette année à l'hôpital pour être capable d'arriver dans ces cibles-là? Et, chaque fois, c'était très douloureux.

Et également il y avait toute la question de la crédibilité du ministère et du gouvernement, parce qu'on passe une loi antidéficit en 2000 puis on ne fournit pas le financement nécessaire pour arriver aux objectifs. Quel message on envoie aux gestionnaires? Ou alors on décide d'éponger les déficits d'opération de certains établissements tout en ne tenant pas compte des efforts des autres établissements qui ont réussi, eux, à atteindre les cibles d'équilibre budgétaire. Alors, on est en train d'instaurer dans notre système de santé depuis quelques années une ambiance de gestion extrêmement malsaine basée essentiellement sur des prémisses faussées, qui sont la non-provision des coûts de système, les développements non autorisés et en fait une ambiance de découragement et de démotivation chez nos gestionnaires. Alors, il est important de mettre fin à ça. Il est important que ces ententes de gestion soient faites de façon individualisée parce que la situation d'un établissement diffère de celle d'un autre. Et il faut également donner le message très ferme au réseau, comme on l'a fait il y a quelques jours lorsqu'on a parlé de cette question des tomographes à émission de positrons, qu'un développement, pour être pourvu, doit être autorisé et planifié à l'intérieur d'un plan de développement de l'offre de service et non pas de façon anarchique, comme ça s'est fait au cours des dernières années. Et ça, on sera très ferme là-dessus.

Mise à niveau des bases budgétaires

M. Marsan: Je vous remercie, M. le ministre, M. le Président. Vous avez parlé également de mise à niveau de bases budgétaires. Est-ce que c'est une opération qui devrait commencer bientôt? Comment vous voyez cette façon de faire, de mettre à niveau...

Mais, vous et moi, nous savons très bien jusqu'à quel point c'est souhaité dans le réseau et nous pensons que ça pourrait être un pas en avant par rapport à ce qu'on a connu. Je pense toujours aux fameuses bases budgétaires sur des bases historiques.

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

M. Couillard: Alors, cette action commence en 2004-2005. Elle a commencé sur la base de crédits temporaires qu'on a adoptés et elle doit s'accompagner, comme je le disais, d'un message de rigueur. Qu'est-ce que c'est, le rehaussement ou la mise à niveau des bases budgétaires? Ce n'est pas une carte de crédit pour des développements. Les développements, ils sont pourvus dans des enveloppes à part, entre autres par le coût de système spécifique pour les technologies des médicaments dans les hôpitaux. C'est une façon de financer adéquatement les activités des établissements telles qu'elles sont actuellement. S'il y a des augmentations de volume, s'il y a des augmentations de lourdeur, s'il y a des augmentations de coût de technologies, ça, c'est pourvu dans l'augmentation du coût de système spécifique.

Et ça a été un des problèmes des années précédentes, c'est que les diverses opérations de rehaussement ou de mise à niveau des bases budgétaires ne se sont pas accompagnées d'un message de rigueur budgétaire et ont donc été perçues dans le milieu comme étant des autorisations de développement, ce qui a accentué le phénomène et explique pourquoi, mathématiquement, on se retrouve avec des déficits année après année, depuis des années.

Réorganisation et financement des services de maintien à domicile

M. Marsan: Et nous avons toujours cet héritage du gouvernement du Parti québécois. J'ai parlé suite au virage ambulatoire, dans le domaine des soins à domicile, est-ce que vous pouvez nous indiquer qu'est-ce que le gouvernement fait dans ce domaine-là? Et vous savez jusqu'à quel point l'importance des soins à domicile pour les patients qui aujourd'hui voient leur durée de séjour en milieu hospitalier diminuer de beaucoup, alors j'aimerais ça que vous nous parliez un peu de cette organisation des soins à domicile, du financement qui y est rattaché, s'il vous plaît.

M. Couillard: Alors, sur deux années successives, en fait on parle essentiellement, mais pas uniquement... mais on parle essentiellement des personnes âgées en perte d'autonomie. On parle également des enveloppes de réadaptation physique où il y a des enveloppes de maintien à domicile. Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, sur deux ans, c'est 117 millions de dollars récurrents qui sont ajoutés à la base. La grande partie de ces sommes va en maintien à domicile. Parce que, si on analyse la situation des personnes âgées en perte d'autonomie au Québec, ce qu'on constate, c'est que le pourcentage de ces personnes âgées en institution est plus élevé au Québec qu'ailleurs, plus élevé certainement au Canada que dans d'autres pays, notamment certains pays européens ou

asiatiques. Pourquoi? Parce que, dans ces endroits, on a planifié dès le début une opération de maintien à domicile beaucoup plus intensive qui permet aux gens de rester chez eux ou dans un milieu proche d'un milieu de vie beaucoup plus longtemps que la situation qu'on vit chez nous, où les gens sont souvent confinés à des institutions, alors qu'ils auraient pu ne pas y être.

Cette importance du maintien à domicile se manifeste également sur le terrain bien sûr d'abord pour ce qui est de la qualité de vie des personnes âgées elles-mêmes, parce qu'elles préfèrent être à la maison qu'en institution, mais également comme bonification de l'ensemble de notre offre de service dans le réseau, puisqu'on en retrouve des effets favorables autant dans les salles d'urgence que dans la question des listes d'attente, surtout des patients ayant besoin de chirurgie avec hospitalisation, puisqu'on sait que, dans les deux cas, une des sources du problème, c'est la présence, dans les lits de soins aigus, de personnes attendant des ressources d'hébergement ou de maintien à domicile intensif qui ne sont pas disponibles. Et la preuve d'efficacité de ce choix-là...

Et bien sûr tantôt on a parlé des urgences en omettant de citer certains passages de la page du cahier des crédits qui s'y rapportaient, mais on a, cette année, ciblé sept grandes urgences à Montréal: le CHUM avec ses sites, ses trois sites, Sacré-Coeur, Maisonneuve-Rosemont que Mme la députée d'Hochelaga connaît très bien, Pierre-Boucher et Charles-Lemoyne. Et qu'est-ce qu'on veut dire par cibler les urgences? On est allé là faire un plan d'action intensive avec le groupe Conseil national sur les urgences, avec les gens du ministère, avec un support financier, mais le support financier n'est pas allé dans les établissements. En fait, il y a eu à peu près 8 millions de dollars qui a été ajouté pour ces urgences-là et il n'y a pas un seul dollar qui est allé dans les établissements. C'est tout allé en services de maintien à domicile intensifs, ce qu'on appelle les lits de soins intensifs à domicile en termes techniques, des suivis de santé mentale, des ressources de réadaptation, avec des résultats... Puis je regrette que Mme la députée n'en ait pas parlé parce qu'il faut encourager nos gestionnaires puis ceux sur le terrain qui ont de bons résultats et qui réussissent à améliorer la situation. Alors, vous allez me permettre d'y faire allusion.

Alors, si on a, par exemple, l'Hôtel-Dieu au CHUM, le nombre de patients de plus de 48 heures a baissé de 29 %, le taux d'occupation a baissé de 45 %; l'Hôpital Notre-Dame, le nombre de patients de plus de 48 heures a baissé de 50 %, le taux d'occupation a baissé de 20 %; l'Hôpital Saint-Luc, le plus de 48 heures a baissé de 27 %, taux d'occupation de 9 %; Hôpital Sacré-Coeur, le nombre de patients de plus de 48 heures a baissé de 50 % et le taux d'occupation a baissé de 11 %.

Et je dirais, parmi ces étoiles, la grande étoile... Et c'est dommage que Mme la députée n'y ait pas fait allusion parce que c'est l'hôpital, le grand hôpital qui est dans sa région de Montréal auquel on devrait s'attendre qu'on rende hommage publiquement. Et, moi, je l'ai fait à quelques reprises, mais ce n'est pas souvent repris par l'opposition parce que, essentiellement, c'est des bonnes nouvelles, donc ce n'est pas agréable d'y donner écho. Mais l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, une diminution

des patients de plus de 48 heures de 74 % par rapport à l'an dernier et une diminution du taux d'occupation de 53 %. En Montérégie, des chiffres également très encourageants pour Pierre-Boucher et Charles-Lemoyne, avec des taux de diminution de patients de plus de 48 heures de 71 % et 89 % respectivement et des taux d'occupation... de diminution de 27 % et de 14 %. C'est beaucoup de chiffres, mais ça montre que, quand on cible des urgences en problème, on réussit à améliorer la situation.

● (10 h 20) ●

Et pourquoi ça s'est amélioré? Bien sûr, il y a l'argent et le soutien qu'on a apportés, mais fondamentalement la raison pour laquelle ça s'est amélioré, c'est venu de l'intérieur des institutions. Les gens ont senti qu'il y avait un message clair qui disait: Il faut que ça s'améliore. La salle d'urgence, c'est notre vitrine de notre système de santé, ce n'est pas acceptable d'avoir des gens qui restent plus de 48 heures. Il y en a encore, puis un patient de plus de 48 heures de plus, c'est déjà trop. Mais ces gens-là ont décidé de se prendre en main dans les établissements, et ça s'est fait, entre autres, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont où un jour il y a un chef de département qui s'est levé dans son assemblée de conseil des médecins et dentistes puis il a dit à tout le monde: L'urgence, c'est notre problème, à tout le monde, on va le régler ensemble. Et ce n'est que dans ces institutions où la force de changement vient de l'intérieur autant que de l'extérieur qu'on réussit à avoir des changements.

Maintenant, on accompagne également un grand nombre d'établissements partout au Québec, ceux qui ont de la difficulté. Il y en a encore qui ont de la difficulté. Les causes en sont variées, soit une offre de service autour de l'hôpital qui est moins bien développée, soit une urgence trop petite, bêtement trop petite, comme c'est le cas à Santa Cabrini ou à Granby, par exemple, où l'urgence est tout simplement physiquement trop petite pour la population qui s'est développée.

Alors, je pense que la question du maintien à domicile est centrale. Et d'ailleurs je vais citer, pour ce qui est des urgences, deux paragraphes... ou trois même qui ont été omis tantôt, là. Alors, je suis à la réponse n° 70. Alors, «de plus, il est nécessaire, pour poursuivre l'analyse comparative, d'observer les indicateurs d'encombrement à la salle d'urgence. Selon le *Guide de gestion de l'unité d'urgence* [...], un taux moyen d'occupation à 80 % est considéré comme une situation où il n'y a pas d'encombrement. Par contre, une valeur supérieure ou égale à 120 % est considérée comme une situation d'encombrement. Le tableau 1 précise que les régions 1 à 5 se trouvent avec des taux d'occupation de 49 % à 79 %. Quatre régions sur 16 ont des taux moyens d'occupation de plus de 120 %: les régions 06, 13, 14, 16.» Bien sûr, il s'agit de nos régions les plus peuplées, et ça a baissé depuis ce temps-là.

«Pour la région 06 — la région de Montréal — la situation d'encombrement qui était présente de façon historique s'est grandement améliorée, puisque le taux moyen d'occupation est passé de 136 % pour 2002-2003 à 120 % pour 2003-2004. Quant à la région 13, il y a eu une amélioration, le taux d'occupation moyen étant passé de 132 % à 125 %.» Seules les régions 14 et 16 ont des difficultés qui persistent, avec des chiffres qui

augmentent au niveau des taux d'occupation, mais j'ai montré que dans cette région, la région 16, la Montérégie, pour les deux urgences ciblées, il y a eu une amélioration considérable.

«Donc, la situation générale d'encombrement dans l'ensemble des salles d'urgence s'est améliorée, puisque les taux moyens d'occupation, jusqu'à la 11e période, sont passés de 114 % en 2002-2003 à 101 % en 2003-2004.» Il faut cependant être prudent parce que là-dedans il faut être vraiment inclusif lorsqu'on compare des chiffres, parce que le nombre de civières va bien sûr influencer sur le taux d'occupation. Si on agrandit une urgence, qu'on augmente le nombre de civières au permis, bien sûr on influence positivement sur le taux d'occupation.

Mais tout ça pour dire qu'il faut accepter qu'il y a encore des difficultés, qu'il y a encore du chemin à faire et de l'amélioration à avoir sur le terrain, mais il faut également savoir reconnaître ce qui se fait de bien. Et ce qui se fait de bien, c'est essentiellement dans nos établissements. Et j'espère que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve va un jour parler de ce qui s'est fait cette année à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont parce que c'est remarquable, puis les gens là-bas ont besoin que ce soit reconnu publiquement par leurs parlementaires et qu'on les encourage à ce niveau-là.

M. Marsan: Alors, je vous remercie beaucoup, M. le ministre. Merci, M. le Président.

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

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, il y a plein de sujets, là, qui ont été abordés. Peut-être pour conclure sur cette question des urgences, je pense que le tableau que l'on retrouve dans le livre des crédits, à la page 283, nous donne un bon état de la situation. C'est un sommaire pour l'ensemble du Québec. Il nous indique que la durée moyenne de séjour s'est légèrement aggravée dans les urgences — c'était de 16,1 heures, c'est maintenant de 16,4 heures, donc une augmentation de 0,3 — et que le séjour de 48 heures ou plus s'est aussi, en moyenne, à travers tout le Québec, légèrement aggravé.

Alors, je voudrais simplement citer les conclusions du ministère lui-même qui dit ceci, je cite: «Nous pouvons aussi conclure que les indicateurs de performance tels les pourcentages de patients séjournant 48 heures ou plus ainsi que les durées moyennes de séjour sur civière sont demeurés relativement stables même si nous notons une hausse des indicateurs de lourdeur des clientèles.»

Alors, vous savez, M. le Président, dans tous ces débats que nous avons en matière de santé, la perte de crédibilité du gouvernement vient du fait d'avoir tant promis, d'avoir fait une surenchère. Il promettait d'abolir les attentes, ce n'est pas peu, là. Il y a vraiment une sorte de grandiloquence. Il faut voir en campagne électorale — c'était il y a un an de cela — dès le lendemain de l'élection, éliminer les listes d'attente, désengorger les urgences, donner accès à des soins et à des services sociaux 24 heures sur 24, sept jours sur sept, partout au Québec. C'était l'année passée. Alors, il y a eu une telle

surenchère que la population a pensé qu'ils étaient sincères. Et là il y a une sorte d'imposture qui fait que maintenant le gouvernement parle d'éliminer les attentes exagérées. Et on l'a bien vu avec notamment les listes d'attente pour les patients hors délai médicalement acceptable, puis on le voit aussi quant à la situation qui nous est présentée dans le livre des crédits, c'est que les choses se sont légèrement aggravées. C'est l'état de la situation. Où est, où se trouve... comme je le mentionnais tantôt, où se trouve la déception de la population, c'est qu'on lui avait tout promis.

Et ça vaut aussi, M. le Président, en matière de financement du réseau de santé et de services sociaux. Quand le ministre tantôt a fait un grief au gouvernement précédent de ne pas s'être intéressé au financement, alors là je devrais lui dire qu'il est chanceux, il est privilégié, il devrait... remercier le gouvernement précédent d'avoir arraché 2,5 milliards au gouvernement fédéral à l'occasion de la conférence fédérale-provinciale du 5 février 2003. À ce que je sache, à date son gouvernement est allé chercher zéro de plus en financement de la santé et des services sociaux, zéro. Même la dernière conférence, là, fédérale-provinciale à laquelle le premier ministre actuel a participé, ça a été pour aller rechercher ce qui avait été promis par le premier ministre Jean Chrétien au premier ministre Bernard Landry il y a déjà un an. Alors donc, il n'y a rien de plus que le gouvernement est allé chercher.

Alors, moi, la question qui est incontournable, c'est la suivante: Est-ce que l'écart de 3 milliards qui est identifié par son collègue le ministre des Finances à titre d'écart entre l'argent qu'on envoie à Ottawa et ce qui devrait nous revenir... C'est notre argent, là, qui devrait nous revenir, l'identifié à 3 milliards. Est-ce que le ministre considère que, si cet écart est corrigé, il y a encore nécessité de faire une ponction qui est une sorte de hausse d'impôts déguisée chez les citoyens? Et je lui rappellerai que ceux... les citoyens qui vont être consultés seront les chanceux qui vont pouvoir émerger du loto-forum, puisque tout ça est tiré au sort, tiré au hasard. Alors, bon, ça, d'une part.

Ventilation des crédits selon la formule d'équité interrégionale

D'autre part, je comprends, M. le Président, qu'en matière d'équité interrégionale la seule réponse que l'on ait dans les crédits se trouve à la page 41. Il s'agit d'une formule alambiquée, et puis on n'en a pas le détail, alors qu'on avait, en première question posée par l'opposition pour l'étude des crédits, demandé les budgets alloués aux établissements du réseau par région, par établissement. Ces budgets le sont déjà, transmis. La preuve en est l'article du *Soleil* de vendredi où, par exemple, l'agence... le conseil d'administration de l'agence de Québec étudie ces informations qui lui ont été transmises par le ministère. Ça vaut également pour les dépenses par programme, clientèle, par région, par établissement, ça vaut pour le budget de fonctionnement de chaque régie régionale. Par exemple, vous avez, à la page 17-18, budget des régies régionales, rien pour 2004-2005. On va voter des budgets, rien pour 2004-2005.

Alors, ce que je demande au ministre, c'est: Peut-il fournir aux membres de la commission parlementaire

les mêmes informations qui ont été transmises aux agences régionales et à leur conseil d'administration?

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

M. Couillard: Alors, bien sûr, M. le Président, les chiffres qui ont envoyés aux agences sont sous réserve de l'adoption des crédits. Cependant, ça me fera plaisir de fournir à l'opposition les mêmes chiffres. On parle de montants globaux, on n'a pas fait encore les ventilations détaillées parce que bien sûr on attend l'adoption des crédits. D'autre part, il se produit un changement fondamental cette année pour la façon dont on budgète les services de santé et les services sociaux, et je vais prendre quelques minutes pour l'expliquer.

• (10 h 30) •

Le changement est de deux ordres. D'abord, il s'agit de corriger les inéquités interrégionales historiques qui se sont manifestées depuis des années. Et il y a autour de l'Assemblée nationale des députés qui sont très conscients de ça, même autour de cette table, puisque des régions comme la Montérégie, les Laurentides, Lanaudière sont historiquement des régions qui ont été sous-financées. Pourquoi? Parce que la reconduction automatique des budgets historiques amenait à ne pas tenir compte de l'augmentation de la population. Donc, on a mis en place... Et en fait il faut reconnaître et mentionner, parce qu'on semble vouloir donner l'impression contraire à la population, que cette réforme du mode d'allocation avait été débutée par mon prédécesseur, le député de Rousseau, qui avait mis en place la table sur le nouveau mode d'allocation budgétaire dont nous avons accéléré les travaux à notre arrivée au gouvernement, mais qui avait déjà commencé à travailler. Alors, cette table a réuni les représentants de toutes les régions, a travaillé, je dois dire, très fort, avec cette année donc le début du nouveau mode d'allocation qui n'est pas une version congelée et arrêtée, puisqu'on va l'ajuster au fil des années compte tenu de ce qu'on voit apparaître sur le terrain.

Alors, comment est-ce qu'on a décidé de procéder? D'abord, il est certain que corriger les inéquités brutalement ou soudainement aurait mené à un déséquilibre marqué dans le système de santé. On ne peut pas, par exemple, corriger la situation des Laurentides ou de Lanaudière d'un seul coup en enlevant l'argent à Montréal, parce que les soins à Montréal, il faut qu'ils continuent à être donnés puis il faut donner le temps aux infrastructures de se développer dans les régions qui sont sous-financées. Donc, on se fixe un horizon de plusieurs années pour en arriver à une correction.

D'autre part, pour tout ce qui est santé non physique, alors santé mentale, services sociaux, on utilise la base de calcul qui est une base populationnelle, donc on compte le nombre de personnes habitant dans la région. Mais on va plus loin que ça, on compte également la question de la lourdeur de la clientèle, est-ce qu'il s'agit d'une population âgée, est-ce que le profil économique est bien perçu, est-ce que dans certains programmes comme le programme de jeunesse en difficulté, par exemple, on tient compte du taux d'éclatement de famille qui a un impact direct sur la demande de services de ce côté-là. Donc, pour tous

ces programmes, on utilise cette approche populationnelle.

Pour la santé physique, donc en langage clair pour nos concitoyens, les services hospitaliers, on utilise le volume attendu de services rendus avec les taux unitaires, avec ce qu'on appelle les DRG — un terme technique, les groupes de diagnostic — qui permettent d'avoir un comparatif quant au coût unitaire d'une région à l'autre.

Alors, une fois ceci fait, donc on a une lecture assez fiable des régions qui sont considérées comme étant sous-financées et des autres qui sont considérées comme étant relativement en excès de ressources. Maintenant, encore une fois, on étale la correction sur plusieurs années. Et je vais corriger quelque chose qui a été mentionné et dans l'article et par la députée parce que c'est inexact: il n'y a aucune région qui va être coupée cette année, toutes les régions du Québec vont voir leurs crédits globaux augmenter. Je répète, aucune région du Québec ne verra ses crédits diminuer, toutes les régions vont voir leurs crédits globaux augmenter. On y va un peu moins vite en termes de développement pour les régions en excès de ressources, mais on la même indexation, la même indexation spécifique et les mêmes conditions qui font que — je répète pour la troisième fois — il n'y a pas une seule région du Québec qui est coupée par rapport à l'an dernier, toutes voient leurs crédits globaux augmenter. Plus rapidement celles en déficit de ressources comme Montérégie, Laurentides, Lanaudière, moins rapidement celles qui sont considérées comme en excès de ressources, mais il n'y a pas de ponction ni de retrait dans aucune région, et je pense que c'est excessivement important de le mentionner.

Maintenant, pour ce qui est de la ventilation plus précise des sommes, c'est également une nouvelle façon de faire à laquelle je crois que, dès l'an prochain, il va falloir s'adapter parce qu'on change complètement la façon dont on donne l'argent aux régions. Auparavant, on donnait des budgets microétiquetés avec très peu d'ententes sur les résultats cliniques à obtenir. Maintenant, on a décrit des programmes-services — c'est également un des résultats de la table de concertation sur le nouveau mode d'allocation — donc les budgets sont alloués par programmes, avec des cibles de résultat et des indicateurs pour chaque programme donnés à la région. Et actuellement les budgets qui ont été signifiés et que nous allons fournir à l'opposition sont des budgets pour les agences, pas pour les établissements, la ventilation intrarégionale se faisant bien sûr au niveau régional.

Alors, on va, comme ça, corriger un autre défaut de financement de notre système de santé qui était le suivant. Prenons, par exemple, le programme de santé mentale. On annonçait dans une année une augmentation des crédits en santé mentale, je prends un chiffre, disons 10 millions de dollars, et le ministère ne demandait à la région de rendre de comptes que sur le 10 millions. Avec le 10 millions qu'on vous donne, vous allez faire ceci, cela, puis, à la fin de l'année, on vérifiait si effectivement on avait rempli ces demandes-là.

Cette année, il y a ce qu'on appelle le cahier de charges, c'est-à-dire la demande en termes de résultats de services qu'on va demander aux régions. Il s'appuie

sur l'ensemble de la colonne budgétaire, et ça, c'est un changement très important qui amener chaque région, année après année, à se questionner sur la façon dont les services sont déployés et la façon également d'arriver à ces cibles. Parce que c'est là essentiellement le rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est d'accorder un financement régional, de fournir des cibles de résultat et de donner à l'avance aux régions la liste des indicateurs qui vont être utilisés pour déterminer ou non de l'atteinte de ces cibles. Donc, vous voyez que c'est un changement qui est important, un changement qui était désiré depuis longtemps, un changement qui avait d'ailleurs été entrepris par le précédent gouvernement que nous débutions cette année de façon rigoureuse mais prudente. Et, je répète pour la quatrième ou cinquième fois, aucune région socio-sanitaire ne voit ses crédits globaux diminuer cette année, toutes les régions sociosanitaires du Québec sont en augmentation de crédits, et tout le monde a du développement, M. le Président.

Enfin, M. le Président... Il est dans un état second. M. le Président, je voulais vous demander si vous pouviez examiner ce document. Parce que j'aimerais aider la députée d'Hochelaga-Maisonneuve à aller féliciter son établissement de santé, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, alors je pourrais vous transmettre ce document qui fait état des urgences ciblées cette année et des résultats obtenus, que, à votre consentement, on pourrait distribuer aux membres de la commission.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, pour la poursuite de nos échanges.

Mme Harel: Oui. Alors, M. le Président, est-ce que le ministre pourrait également nous transmettre, en fait les membres de la commission parlementaire, les informations concernant les budgets alloués aux établissements du réseau par région et par établissement?

Bon, M. le Président, entendons-nous sur une chose, ou bien ce qu'on nous dit dans les crédits est fondé ou bien il faut croire que le ministre contredit ce qu'on nous dit dans les crédits. Prenez à la page 41, c'est la seule réponse que l'on ait sur cette question d'équité interrégionale, et on nous dit ceci, et je cite, deuxième paragraphe: «Pour cette première année d'application, on prévoit effectuer une transition entre le nouveau modèle d'allocation et les enveloppes historiques d'environ 10 %. Les régions en excédent devront effectuer une ponction de cette ampleur — c'est-à-dire 10 % — tandis que les régions dont les ressources sont insuffisantes se verront allouer des sommes supplémentaires du même ordre», c'est-à-dire 10 %.

Donc, ça, là, ça vient exactement contredire ce que le ministre vient de dire. Il va y avoir du développement, une région, mais c'est virtuel, c'est virtuel. Sur papier, la région — c'est bien indiqué d'ailleurs dans *Le Soleil* de vendredi — alors, sur papier, la région va recevoir du développement et puis va recevoir les coûts de système spécifiques. Mais, une fois ce total sur papier additionné, alors là on fait la ponction de 10 %. M. le Président, alors donc cette transition de 10 % est bien décrite à la page 41. Voilà.

Cependant, je pense qu'il y a plus inquiétant. Je vous disais tantôt... je parlais de surenchère. L'an passé, le ministre évaluait à autour de 300 millions, là — on a les comptes rendus de ses déclarations lors des crédits de l'an dernier — évaluait à environ 300 millions de dollars cet écart qui permettrait une véritable équité interrégionale. Il a tantôt cité — alors, je suis à l'aise pour en parler — il a cité le plan d'action mis en place par le gouvernement précédent et par son prédécesseur. C'était un plan d'action sur trois ans d'un montant de 300 millions de dollars, et le prédécesseur, l'actuel député de Rousseau, avait déjà commencé à verser aux régions l'équivalent de 50 millions de dollars. Alors, c'était donc de l'argent en plus et non pas de l'argent retiré dans les vases communicants pour que ce soit l'égalité dans la malchance. C'était l'égalité des chances.

Alors, le ministre, l'an dernier, il n'y a pas très longtemps de ça... le ministre et le premier ministre ont fait de la surenchère. Par exemple, le ministre, qui se trouvait dans la région de Lanaudière il y a un an de cela, au début avril dernier, disait ceci, je cite le ministre: «Nous allons nous assurer que le sous-financement soit corrigé dans les premiers mois du prochain gouvernement libéral.» Là, on voit que c'est sur sept ans et peut-être 10. Et il ajoutait ceci: «Contrairement au Parti québécois, [le ministre de la Santé] — je ne peux pas citer le nom du ministre, mais tout le monde le connaît, le candidat en fait de ville Mont-Royal — a déclaré que la région ne manque pas de 31 millions pour régler son problème d'équité — la région de la Lanaudière — mais bien de 87 millions.» Alors, ce que le ministre déclare dans le journal *Le Dimanche*, le journal qui s'appelle *Le Dimanche*, il y a un an de cela, ce n'est pas 31 millions, c'est 87 millions. Mais le premier ministre n'est pas en reste, lui, il s'en va dans la région de Laurentides il y a un an de ça, et puis le titre d'ailleurs de ce journal... c'est-à-dire le journal de Louiseville, toujours Lanaudière... Le premier ministre, en fait le député de Sherbrooke, s'engage à faire pleuvoir les millions. Alors, lui annonce aussi qu'il va injecter 87 millions — alors, ça, c'est pour la région de Lanaudière — dans les prochains mois. Pour la région des Laurentides, alors ils annoncent plus que 87, c'est autour de 92 millions.

• (10 h 40) •

Alors donc, quel est véritablement l'écart identifié par le ministre en matière, là, de financement interrégional? Est-ce qu'il est de 300 millions comme le disait le gouvernement précédent? Est-ce qu'il est de 300 millions comme il l'a dit lors des crédits l'an dernier? Ou est-ce qu'il était d'un demi-milliard et plus comme il le prétendait il y a un an en campagne électorale? Première question.

Plan d'élimination de l'écart de financement interrégional

Et puis deuxième question, M. le Président, sur combien d'années est-ce qu'il entend le corriger? Et pourquoi est-ce que... parle-t-il d'une ponction de 10 % pour les régions qui seraient en excédent, ce qui a amené la région de la Gaspésie—Les Îles-de-la-Madeleine à monter aux barricades évidemment, puisqu'ils sont considérés comme une région riche, en

excédent? Et on dit ceci au ministère de la Santé dans un communiqué, là, de la région de la Gaspésie—Les Îles: La Direction des communications affirme que Québec veut corriger les inéquités interrégionales, qu'un plan de transition de cinq à sept ans est prévu. Selon les données du ministère, la région de Gaspésie—Les Îles, comparativement à d'autres régions, est une région jugée riche. Alors, pour investir de nouvelles sommes en santé, le ministère utilise dorénavant une mesure qui compare le niveau de service entre les régions, ce qui pourrait pénaliser les établissements de la Gaspésie—Les Îles. Alors, les budgets pour développer de nouveaux services se feront de plus en plus rares, et ainsi de suite. Alors, qu'est-ce qui se passe exactement?

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

M. Couillard: Alors, ça va être très intéressant cette année, les crédits, M. le Président, parce qu'on va pouvoir discuter de ces choses-là, puis chaque fois on va demander à l'opposition eux autres, ce qu'ils feraient puis qu'est-ce qu'ils pensent de ça. Là, je viens d'entendre une proposition tout à fait irresponsable, on a dit: Vous allez corriger les inéquités interrégionales sur trois ans. Il faut être vraiment, là, dans le champ, là, je m'excuse, là, corriger les inéquités interrégionales sur trois ans comment? Là, on va faire des ponctions, là on va faire des retraits, là on va faire des catastrophes dans les services. L'horizon beaucoup plus réaliste... Puis là j'ai hâte de voir ce que l'opposition ferait, elle, si elle avait à prendre ces décisions-là, parce qu'il faudrait le dire puis, on va le dire, sur tous les autres sujets en passant. Les partenariats public-privé, la question des accréditations syndicales, la question des cliniques associées, les citoyens ont le droit également de savoir quelle est la position de l'opposition officielle sur ces questions, et on ne se privera pas de leur demander. L'horizon minimum réaliste pour faire la correction des inéquités, c'est plutôt de cinq à sept ans. Si on ne veut pas créer de déséquilibre majeur, de justement faire des ponctions puis des retraits de crédits dans certaines régions avec des effets difficiles, il faut être plus réalistes dans notre horizon.

Maintenant, il y a effectivement des régions qui sont sous-financées. Et on a parlé de Laurentides, Lanaudière; la Montérégie est probablement la région qui est la plus sous-financée. Curieusement, c'était la région dans laquelle il y avait des membres influents du gouvernement précédent, et c'est la région qui était la plus mal prise au point de vue de la budgétisation. Et ce qu'on doit faire, c'est amener encore une fois chaque région à s'interroger, mais dans un contexte non pas de ponction... Je vais corriger encore une fois, ce qu'on appelle «ponction» dans le texte, c'est uniquement une différence dans les argents de développement. Toutes les régions sociosanitaires du Québec reçoivent une augmentation de ressources globales cette année, une augmentation du coût de base, une augmentation de l'indexation générale, une augmentation de l'indexation spécifique, et à ça s'ajoutent les développements, et chaque région reçoit minimum 50 % du développement prévu. Donc, tout le monde reçoit des sommes de développement, tout le monde voit ses ressources améliorées. Maintenant, est-ce qu'il n'est pas naturel,

lorsqu'on compare une région à l'autre, de demander à une région: Comment se fait-il que, dans ce programme, vous réussissiez à donner des services en quantité inférieure à telle autre région avec un coût unitaire qui est deux à trois fois ce qu'on observe dans l'autre région?

Alors, c'est des questions normales, des questions de bonne gestion qui doivent être posées et qui doivent amener les régions à s'interroger sur la façon dont les services sont déployés, programme par programme et cas par cas. Encore une fois, toutes les régions sociosanitaires du Québec verront leurs crédits globaux augmenter cette année, il n'y a pas de retrait de ressources à personne, à aucune région du Québec.

Et il faut absolument le faire, parce qu'on me donne l'exemple de ce qui avait été fait par notre prédécesseur, M. le député de Rousseau, qui a effectivement affecté 50 millions... En passant, 2002-2003, le seul argent neuf qu'il y avait en santé, c'était le 50 millions. Et une partie est également pour certains programmes, pour rétablir l'équité, mais en aucune façon il n'y avait à ce moment une réflexion sur les données historiques, les budgets historiques, la source même du déséquilibre entre les régions n'était pas mentionnée. Et rendons-lui justice, comment aurait-il pu le faire, puisqu'il venait de mettre sur pied sa table sur le nouveau mode d'allocation de ressources dont il connaît très bien les membres d'ailleurs? Et je suis certain qu'en son for intérieur il est fort satisfait des résultats auxquels on est parvenu actuellement dans un dossier qui, il le sait très bien, puisqu'il a fait la même chose à l'Éducation, était particulièrement difficile. Alors, c'est ça qu'il faut mentionner.

Pour ce qui est des chiffres que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve vient de citer pour les régions en question, à l'époque nous nous appuyions, comme elle le fait actuellement, sur les chiffres disponibles. Les chiffres disponibles étaient de cet ordre-là. Par la suite, les analyses se sont poursuivies région par région, et c'est là que la question de la modulation dans l'approche populationnelle est apparue, de sorte qu'il a fallu donc prendre en compte bien sûr les données de démographie, les données de pauvreté, les données d'éclatement familial dans différents programmes, et c'est pour cela qu'il a fallu réévaluer ces intervalles de déséquilibre compte tenu du nouveau mode d'allocation.

Ce qu'il faut noter pour Lanaudière, c'est que, cette année, il y a l'ouverture du nouvel hôpital. Puis ça, je ne me prive pas de le répéter, l'ouverture du nouvel hôpital de Le Gardeur, il n'y avait rien de prévu pour ça, M. le Président. Il a fallu aller chercher nous-mêmes les crédits pour faire fonctionner ce nouvel hôpital qui n'avaient jamais été prévus par le gouvernement précédent. Donc, pour la région de Lanaudière, en soi, ça représente un ajout important.

Mais je vais encore le répéter, toutes les régions sociosanitaires du Québec voient leurs crédits globaux augmenter, tous ont leurs coûts de base indexés, l'indexation spécifique, tous ont au minimum 50 % des montants de développement prévus. C'est là que l'équilibre se fait, pas par ponctions ou par coupures, mais par addition modulée selon les régions qui va les amener et qui doit les amener à s'interroger sur les

façons dont les services sont donnés. Et bien sûr on suit la situation de très près; il n'est pas exclu qu'en cours d'année ou l'an prochain... qu'on réévalue certains chiffres à la lumière de l'expérience terrain. D'ailleurs, le sous-ministre, M. Malouin, est allé en tournée en Gaspésie il y a quelques jours pour avoir des discussions à ce sujet-là, et nous allons effectuer un suivi très serré de ce côté.

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

Mesures visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé

M. Bachand: Merci, M. le Président. Vous allez me permettre, M. le Président, donc de saluer la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, sa chercheuse et l'ensemble de mes collègues. Donc, M. le ministre, j'ai envie de vous amener sur une des préoccupations qui est fort appréciée par l'ensemble des concitoyens du Québec, c'est l'accessibilité des soins de santé et la qualité, donc un accès pour tous ces patients-là à un médecin et à une infirmière un peu partout dans les comtés à travers le Québec. Vous savez, chez nous, particulièrement dans le comté d'Arthabaska, il y avait une problématique d'accessibilité à ces médecins-là. Et vous savez que, lorsqu'on n'a pas accessibilité à ces médecins-là, bien on se retrouve à l'urgence et on se retrouve avec des problèmes d'attente et de congestion de ces urgences-là, et c'était particulièrement le cas chez nous.

Dans l'élément de votre réponse, j'aurais aimé avoir deux distinctions qui sont faites. La première, c'est nous informer des mesures bien sûr que vous avez entreprises pour faire en sorte de corriger cette situation-là. Mais la deuxième aussi... aspect... j'aimerais que ça transcende aussi à l'intérieur de vos réponses comment les crédits qui vont être adoptés répondent à ces objectifs-là en termes, là, de mesures que vous avez priorisées? Donc, M. le ministre.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Avant de vous céder la parole, M. le ministre, j'autorise le dépôt du tableau *Analyse comparative des 20 dernières semaines, situation à 8 heures* que vous souhaitez déposer. Alors, le dépôt est autorisé. M. le ministre, la parole est à vous.

Mesures visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé (suite)

M. Couillard: Alors, on parle de la question essentielle des effectifs en santé qui est une des grandes pressions sur notre réseau. Avec le financement, la question de la pénurie de main-d'oeuvre est majeure non seulement pour les médecins, mais également les infirmières et les autres professionnels. Et bien sûr, pour les médecins, ça prend une importance particulière compte tenu de la longueur de formation pour ces professionnels-là.

● (10 h 50) ●

Il faut encore une fois revenir au document que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve avait déposé en

novembre 2002. Je voudrais que la population se le procure, que les gens des régions se le procurent, parce que ça montre l'erreur majeure qui a été faite à l'époque. On nous dit bien sûr que, partout au Canada, il y avait eu une décision alors de réduire le nombre d'admissions en facultés de médecine basée sur un rapport du début des années quatre-vingt-dix qui n'utilisait que le ratio médecins-population comme point de référence. Mais malheureusement, au Québec, on a été un peu plus enthousiaste qu'ailleurs. Ce qu'on voit très bien sur ce document — et encore une fois j'invite les gens du Québec... et on pourrait même le redéposer, mais, ayant déjà été déposé, je ne suis pas sûr que ce n'est pas redondant, là — c'est que, effectivement, l'Ontario, ce qu'ils ont fait dans ces années, entre 1996 et 1999, ils ont stabilisé le nombre d'admissions en médecine, alors que, nous, on est descendu dans les bas-fonds à 406 étudiants pour trois années successives. Et ça s'adonne, M. le Président, que, cette année, on a la graduation de la première de ces deux classes de 406 étudiants, donc malheureusement on en a encore pour deux ans à avoir des très faibles nombres de médecins diplômés et des nouveaux pratiquants.

Alors, quand on est dans une situation de pénurie semblable — et la même chose, on va le voir, s'applique également sur les infirmières — la première chose à faire, c'est d'augmenter les admissions en médecine, d'augmenter les places d'étudiants en médecine. Le gouvernement précédent a commencé à le faire, mais à partir de 1999. Donc, c'est en 2006-2007 qu'on va commencer à avoir les résultats pour les médecins de famille de cette augmentation, et on est en plein actuellement dans le creux de la vague. Mais les études médicales sont longues. On parle, pour un médecin de famille, de sept ans à partir de son admission jusqu'au moment où il ou elle est disponible pour être en pratique. Et, pour un médecin spécialiste, ça peut être deux, trois ou parfois quatre ans de plus.

Donc, entre-temps, il faut d'abord augmenter le recours et faciliter l'installation chez nous de médecins étrangers, ce que nous avons fait et, d'autre part, gérer de façon la plus efficace possible les maigres effectifs dont nous disposons, encore une fois dans une perspective d'équité entre les régions du Québec, qui sont toutes peuplées de citoyens qui paient des impôts et qui ont essentiellement droit aux mêmes services.

Alors, si on faisait un portrait de la situation, étant donné le peu, je dirais, d'ardeur qui a été mis sur l'application de ces plans d'effectifs au cours des deux dernières années, on se rend compte que la région de la Mauricie—Centre-du-Québec, qui est une région que M. le député d'Arthabaska connaît très bien, a un écart de 23 % par rapport au nombre de médecins nécessaires ou le nombre de médecins disponibles, l'Abitibi-Témiscamingue et l'Outaouais, un écart de 17 %, le Saguenay—Lac-Saint-Jean a 16 % et le Bas-Saint-Laurent a 15 %. Donc, pour l'adjudication de nouveaux postes de médecins omnipraticiens, on s'est basé sur ce pourcentage d'atteinte des cibles, avec le résultat qu'en Mauricie on a permis cette année un ajout net de 20 médecins, en Outaouais, un ajout net de 10 médecins, en Abitibi, un ajout net de huit médecins, encore une fois dans des situations où les cohortes sont très faibles, on n'a pas des grands nombres de médecins finissants.

Il y a également un versant incitatif à cette question-là, il y a les forfaits d'accessibilité qui ont été versés, des forfaits de 20 000 \$ qui sont versés à des médecins qui vont s'installer en région avec possibilité bien sûr de l'avoir si on reste au moins pratiquer deux ans. Il y a des bonifications de facturation également selon qu'on est en région intermédiaire ou en région éloignée. Et il y a la possibilité de revenir en région centrale après un certain nombre d'années, ce nombre d'années variant selon qu'on est dans une région intermédiaire ou éloignée.

Pour les spécialités, ce qu'on s'est rendu compte, c'est que, année après année, le gouvernement précédent, probablement par manque de volonté réelle, n'avait permis que 25 % des nouveaux diplômés en spécialités de base... n'avait permis leur installation en région que dans 25 % des cas. On a rapproché donc l'écart à 50-50, 50 %, 50 %. Et, lorsqu'on parle de spécialités de base, on parle de spécialités telles que la médecine interne, la chirurgie générale, l'obstétrique-gynécologie, la psychiatrie, l'anesthésie, où on forme là un noyau de spécialités qui permet de donner du support à la population.

Donc, en résumé, la question des effectifs médicaux qui est essentielle, on s'en occupe, on augmente, on continue d'augmenter le nombre de places en médecine en sachant que le bénéfice de cette augmentation, il est là dans quelques années. On répartit nos effectifs de façon la plus juste possible et on fait une cogestion de ces effectifs médicaux avec les fédérations médicales, qui ont été étroitement associées au processus dans les deux cas.

Rôle du ministre dans la fixation du nombre d'admissions en médecine

M. Bachand: ...M. le Président. Dites-moi donc, M. le ministre, comment ça se fait exactement? Vous m'avez parlé de l'augmentation des admissions, comment ça se fait? C'est quoi de façon pratique? Et c'est quoi, la relation que vous avez... ou, je dirais, l'autorité que vous avez en ce qui a trait aux universités, au taux d'admission? Est-ce que c'est une relation d'autorité, une relation d'organisation, une relation statistique?

M. Couillard: Notre responsabilité consiste à fournir un objectif en tant que nombre d'admissions puis de fournir également une répartition de ces nouvelles places université par université. Maintenant, les crédits pour les nouveaux étudiants, parce que chaque étudiant fait l'objet d'un financement per capita, sont l'objet du ministère de l'Éducation. Et également il n'y a pas d'autorité gouvernementale au niveau des comités d'admission des facultés de médecine, ce sont les comités d'admission des facultés de médecine qui décident de façon autonome de leurs critères, qu'ils veulent les plus objectifs possible, parce que vous savez qu'il y a beaucoup plus de demandes que de places disponibles en facultés de médecine, et c'est chaque fois un exercice très difficile où il faut malheureusement mettre de côté, j'en suis certain, plusieurs candidats de très grande valeur, alors... Mais ce sont les facultés de médecine qui sont responsables de la décision quant à leurs critères d'admission et décision finale d'admission.

M. Bachand: Donc, M. le Président, si je comprends bien, vous fixez la norme, et puis, à partir des crédits disponibles, le nombre d'admissions est ajusté en fonction des cibles que vous avez établies. Est-ce que c'est bien ça?

M. Couillard: Oui. Puis ça se fait conjointement avec le ministère de l'Éducation bien sûr, là, mais c'est essentiellement comme ça qu'on procède.

M. Bachand: O.K. C'est important, ce que vous dites, parce que les citoyens, puis moi le premier, on avait l'impression que, pour pallier à la pénurie de médecins, on aurait tout simplement à ouvrir les universités et à peu près à tous les universitaires qui veulent y aller. Mais il y a des crédits qui accompagnent ça, et on ne peut pas du jour au lendemain, ce n'est pas... raison pour laquelle ça prend une planification, et c'est ce que je comprends dans vos propos.

Plan d'effectifs médicaux en médecine de spécialité

M. le ministre... M. le Président, si vous me permettez, M. le ministre, j'aimerais ça que vous me parliez du plan régional d'effectifs médicaux, mais en termes de spécialités, parce que vous savez que, dans les régions, il y a eu des décisions d'orientation que vous avez prises en ce qui a trait aux spécialistes en disant: Bon, on va entre autres, à l'intérieur des orientations que vous avez prises, faire en sorte que les spécialités se fassent dans les grands centres. Et, en région, il y a des mouvements qui se sont établis à droite et à gauche pour dire que, bon... pour signifier leur inquiétude à ce niveau-là, et j'aimerais que vous m'expliquiez un petit peu de quelle façon ça s'est fait et qu'est-ce qui a motivé cette décision-là.

M. Couillard: D'abord, le plan d'effectifs a été fait, je dirais, sur une base d'analyse de la situation réelle, a été fait conjointement avec les fédérations médicales, autant les omnipraticiens que les spécialistes, que la fédération des résidents, qui étaient autour de la table, où on a constaté ce que je disais tantôt, c'est qu'historiquement 75 % des nouveaux diplômés en spécialités de base s'installaient en région périphérique ou universitaire, alors que très peu allaient dans les régions... pardon, dans les régions intermédiaires ou éloignées. On a rétabli cet équilibre autour de 50-50 dès cette année et on a un comité de gestion des effectifs médicaux en spécialités qui va suivre l'évolution des effectifs année après année, même en cours d'année, pour nous recommander des ajustements, le cas échéant.

Ce qu'il est très important de mentionner, c'est qu'on a l'intention d'appliquer de façon très rigoureuse ce plan d'effectifs médicaux. Parce qu'une des caractéristiques des années suivantes, c'est qu'on faisait un plan triennal, donc on planifiait pour les trois prochaines années, donc sans se donner la possibilité de modifier d'une année à l'autre les installations de médecins, et qu'on accordait des dérogations à gauche et à droite. C'est sûr, comme le plan n'était pas basé sur l'étude réelle du terrain, comme il n'était pas fait en véritable collaboration avec les fédérations médicales, on se

rendait compte rapidement qu'il y avait eu des erreurs, et là il fallait donner des dérogations. Et, à partir du moment où on commence à donner des dérogations dans un plan d'effectifs, le plan d'effectifs lui-même devient chancelant, et on a eu des exemples multiples de ça il y a quelques... depuis quelques années. Donc, c'est une analyse de la situation, la fixation de cibles en ce qui a trait au déploiement des spécialités de base surtout et la surveillance continue de la situation avec un comité de gestion des effectifs qui est un comité mixte, où on retrouve des représentants du ministère ainsi que les fédérations médicales.

M. Bachand: Merci, M. le Président.

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

Intentions concernant la création de postes d'infirmières praticiennes de première ligne

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Bonjour, M. le ministre et tous vos collègues. Bonjour aux collègues de l'opposition. Je salue aussi mes collègues qui nous accompagnent.

Moi, j'aimerais aborder... Vous savez que c'est la Semaine de l'infirmière partout au Québec cette semaine, et j'aimerais particulièrement saluer le travail que font les infirmières pour les avoir vues travailler il y a quatre ans, lors du décès de mon père, autant l'infirmière du CLSC que les infirmières du centre hospitalier. Je suis maintenant convaincue que c'est une vocation que les infirmiers et infirmières ont dans l'âme parce que c'est au-delà de la formation. C'est vraiment une vocation.

Je sais aussi que ces gens-là ont connu des périodes de pénurie importante d'effectifs médicaux, alors d'où l'importance de justement la vocation, hein, parce qu'on sait que... Moi, j'ai vu les infirmières... Un quart de travail terminé puis commencer le deuxième quart, il faut être dévoué. Je sais aussi qu'il y a plusieurs solutions qui peuvent exister, dont la création de rôle d'infirmières praticiennes de première ligne. Alors, j'aimerais ça savoir, connaître mieux votre position, M. le ministre, et voir comment... s'il y a développement de ce côté-là, comment... pour avancer ce dossier.

M. Couillard: Bien, d'abord, M. le Président, elle a raison de saluer la contribution des infirmiers et des infirmières à la prestation des soins de santé. Il faut savoir que ce sont elles et eux qui passent le plus de temps avec les malades, hein, beaucoup plus, souvent, que le médecin lui-même, et vraiment leur rôle, on ne peut le passer sous silence, et évidemment tout le dévouement et l'implication que ça représente.

● (11 heures) ●

Dans le cas des infirmières, on a un peu vécu le même phénomène des effectifs, c'est-à-dire qu'il y a eu une baisse des entrées qui nous a causé une situation de pénurie importante. On a réaugmenté le nombre d'entrées en sciences infirmières, autant au niveau du collégial que du baccalauréat, et là on va se retrouver — et là il faut être prudents et voir à long terme — on va se retrouver dans une situation de

surplus perçus, c'est-à-dire qu'on va avoir beaucoup, beaucoup d'infirmières nouvelles graduées au cours des deux, trois, quatre prochaines années, mais, si on est attentif — et cela, le président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec le soulignait — il faut voir qu'au-delà de ça il y a une autre pénurie qui s'en vient étant donné le profil démographique des infirmières du Québec. On a une vague de retraites — celles-là naturelles et non pas encouragées, comme ça a été le cas il y a quelques années — une vague de retraites naturelles qui s'en vient dans quelques années, qui risque de nous replonger dans une nouvelle situation de pénurie.

Alors, il faut utiliser ces années pour, je dirais, repenser le rôle de l'infirmière au Québec et le recentrer effectivement sur leurs compétences principales. Et, dans ces deux cas, outre les tâches qui leur sont normalement dédiées, il faut considérer la question de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne de première ligne.

Pour ce qui est de l'infirmière spécialisée, on a développé, comme vous le savez, l'an dernier, un programme de 9 millions de dollars sur trois ans pour permettre l'entraînement de 75 de ces infirmières dans des spécialités comme la néphrologie, la cardiologie et la néonatalogie — les petits bébés prématurés dans les pouponnières. Donc, on songe à ajouter l'oncologie comme discipline, les soins pour le cancer également, dans cette question des infirmières spécialisées, et on fait également l'octroi d'une bourse de 30 000 \$ à une infirmière qui est en deuxième année d'études de praticienne en spécialité lorsqu'elle sera en stage dans un établissement et on aide également les établissements en subventionnant une partie du salaire de l'infirmière praticienne en spécialité. Donc, voilà, c'est un rôle, un des deux rôles importants dans lesquels on peut développer la profession d'infirmière.

L'autre, c'est celui de l'infirmière praticienne de première ligne. Pour expliquer aux gens qui nous écoutent de quoi on parle, on parle d'une professionnelle qui est là pour accueillir les gens, faire une évaluation initiale, qui est capable d'évaluer les problèmes de santé de base et d'orienter la personne vers le médecin par la suite ou même parfois — et c'est souvent ce qui est le cas actuellement dans les groupes de médecine de famille — faire des suivis pour des problèmes de santé courants ou des maladies chroniques.

Alors, de ce côté-là, je crois que nous devons réaliser qu'au Québec nous avons un peu de retard par rapport à d'autres endroits en Amérique du Nord. Il y a des endroits ailleurs au Canada où on a déjà commencé à déployer ces professionnels. Moi-même, j'ai eu l'occasion de les voir à l'oeuvre dans le Grand Nord. Je suis allé faire une visite en territoire inuit où j'ai constaté que, là-bas, il n'y a pas de pénurie de médecins, il y a beaucoup de médecins dans ces cliniques, malgré la perception pour une région très éloignée, mais, dans ces endroits-là, c'est l'infirmière ou l'infirmier qui fait le premier contact avec le malade. Et je pense que, ça, c'est très bien perçu, autant par les médecins, d'ailleurs, que par les infirmières que par la population elle-même.

Alors, on a l'intention de développer cette pratique mais de le faire de façon prudente et, surtout, coordonnée avec les ordres professionnels concernés. Il

est inutile de penser imposer l'introduction de cette pratique-là sans qu'on ait un accord correct des deux ordres professionnels avant de débiter, et on a vérifié l'importance de cette approche en collaboration avec le dossier des sages-femmes, ce qui a permis de faire débloquent le dossier des sages-femmes, de signer le contrat à l'Hôpital LaSalle puis de voir maintenant l'intérêt marqué pour le développement de cette profession, c'est qu'on l'a fait en collaboration avec les deux ordres professionnels et on s'est assurés d'avoir une collaboration entre les deux.

Alors, il existe actuellement un projet pilote dans la région de l'Abitibi, je pense que c'est le CLSC du Partage des eaux, qui, avec le soutien quasi unanime de ses médecins et de la population, veut développer un poste d'infirmière praticienne, a déjà en disponibilité une personne qui a la formation requise. Alors, ce qu'on a demandé, et nous sommes favorables au développement de ce projet pilote et au développement en général de cette pratique d'infirmière de première ligne, mais il est essentiel que, pour débiter même ce projet pilote, que le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières s'assoient ensemble de façon accélérée pour déterminer les cadres de fonctionnement, de sorte que, si ces projets se répètent dans le Québec, qu'on n'ait pas à chaque fois à mettre sur pied un cadre de fonctionnement et un modus operandi, que ce soit le même qui s'applique partout, exactement comme on a fait avec les sages-femmes.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, M. le député de L'Assomption.

Stratégie visant à assurer l'équité interrégionale

M. St-André: M. le Président, alors, j'aimerais replacer un certain nombre de choses dans leur contexte, particulièrement en ce qui regarde la question de l'équité interrégionale dans la région de Lanaudière.

Or, le ministre a demandé à l'opposition ce que nous ferions, nous, si nous étions au pouvoir. Je pourrais peut-être rappeler dans un premier temps au ministre qu'il est membre du gouvernement et qu'il lui appartient, à lui, de trouver des solutions à cet enjeu important non seulement dans la région de Lanaudière, mais dans la région des Laurentides, dans la région de la Montérégie et dans d'autres régions également.

Mais, puisque le ministre veut parler un petit peu de ce que, nous, nous ferions, on pourrait peut-être partir de ce que le gouvernement du Parti québécois, lorsque le député de Rousseau était ministre de la Santé et des Services sociaux, a fait au chapitre de l'équité interrégionale, particulièrement dans la région de Lanaudière.

Le ministre avait un plan précis. Il a annoncé 32 millions de dollars sur trois ans, dont un premier versement a été fait en 2002-2003 — 5,1 millions; une deuxième tranche était prévue pour l'année 2003-2004, 10,7 millions; et une troisième tranche pour cette année 2004-2005, 15 millions. De plus, M. le Président, en 2003-2004, dans le budget présenté par notre collègue députée de Taillon, un montant total de 43 millions de dollars était prévu en investissement dans la région de Lanaudière.

Quel a été le résultat? Finalement, le gouvernement, le ministre de la Santé et des Services sociaux en place a coupé les montants qui avaient été annoncés par son prédécesseur. Il y a eu zéro dollar pour l'équité dans la région de Lanaudière, et le 43 millions de dollars qui avait été annoncé dans la région de Lanaudière, l'année dernière, a été finalement ramené à 18 millions de dollars.

Ça, M. le Président, ça se situe dans un contexte où il y a eu une élection, au mois d'avril 2003, où les libéraux ont pris des engagements très, très clairs particulièrement dans la région de Lanaudière. Et c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux actuel d'ailleurs qui, à titre de porte-parole libéral en santé, candidat dans Mont-Royal, était venu dans la région de Lanaudière et il a déclaré ceci, et il a été très clair — et là je cite au texte: «Le porte-parole en santé a déclaré que la région ne manque pas de 31 millions de dollars pour régler son problème d'équité mais bien de 87 millions. Selon le porte-parole en santé, les gens paient assez de taxes pour avoir des services, tout en rajoutant que le prochain gouvernement libéral réglerait le problème dans les premiers mois.» Dans les premiers mois. On est un an plus tard, le résultat net, c'est que le porte-parole en santé, aujourd'hui ministre de la Santé et des Services sociaux, a coupé, a coupé ce que, nous, nous avions annoncé. Ça, si ce n'est pas du cynisme, M. le Président, je ne sais pas ce que c'est.

Mais le ministre prétend... continue à prétendre qu'il veut le régler, le problème d'équité interrégionale. Il a raison de dire que c'est un problème important, puis on attend des gestes concrets de sa part. Dans les crédits, on les a regardés — ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve l'a mis en évidence ce matin — on a fouillé le livre des crédits, on n'a vu aucun chiffre, aucun plan déposés par son ministère pour régler le problème de l'équité interrégionale.

J'ai une question toute simple à lui poser: Il nous en parle, de son plan, depuis tantôt, est-ce qu'il peut nous en déposer une copie? Est-ce qu'il peut nous présenter dans le détail ce qu'il prévoit exactement au chapitre de l'équité interrégionale et région par région? Autant les concitoyens de la région de Lanaudière que des Laurentides que de Montérégie aimeraient beaucoup savoir ce que finalement le gouvernement entend faire pour régler cet enjeu important.

Budget du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, dans Lanaudière

Une autre question aussi, M. le Président. Dans ses réponses, le ministre a fait référence à l'inauguration du tout nouveau Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, dont les citoyens de Lanaudière sont particulièrement fiers. Les députés de la région, dont moi-même, on y a travaillé activement, notamment avec la députée de Terrebonne, puis c'est avec beaucoup de plaisir d'ailleurs qu'on va accueillir le ministre à l'inauguration de l'hôpital lundi prochain.

Le ministre a mentionné tantôt que, un des problèmes quant au financement des établissements, c'est qu'on ne prévoyait pas de crédits supplémentaires lorsqu'on faisait des investissements en immobilisations. Que je sache, M. le Président, le nouvel établissement a

ouvert ses portes au mois d'avril dernier, pas avril 2003, avril 2004, il y a un mois. Cet hôpital-là n'était donc pas en opération en avril 2003. J'imagine donc que, le ministre, s'il est conséquent avec les propos qu'il a tenus tantôt, a, lui, prévu des montants au budget d'opération de l'hôpital afin qu'il puisse bien servir les citoyens de la région. Alors, j'aimerais savoir de quel montant il a indexé et qu'il a haussé le budget de l'hôpital et à combien se montera le budget total d'opération du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur depuis son entrée en fonction en avril 2004.

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

M. Couillard: Effectivement, M. le Président, le budget n'avait pas été prévu, là, par le gouvernement précédent, parce que, quand on construit un hôpital, il faut commencer à payer des coûts de chauffage puis des coûts d'entretien dès que les installations commencent à être sur pied. Il faut également, lorsqu'il y a transfert progressif des activités, payer les activités cliniques sur les deux sites, et ça, ça n'avait pas été provisionné.

● (11 h 10) ●

Alors, sur une base annuelle, ça représente 22,3 millions de dollars d'ajouts au budget qui n'avaient pas été prévus. Et ça, il a fallu faire ça dans tous les coins du Québec: dès qu'on allait à un endroit où il y avait un développement qui avait été annoncé par l'ancien gouvernement ou fait, à chaque fois il n'y avait pas de dépenses de fonctionnement, c'était à chaque fois la même chose; c'en était presque caricatural.

Maintenant, pour ce qui est de la question du gouvernement, c'est sûr que le gouvernement est élu puis il va prendre ses décisions puis il les annonce, mais il faut que l'opposition s'attende à ce qu'on les questionne spécifiquement sur certains points, et je comprends que certains points vont être délicats étant donné le fait qu'ils sont captifs de certaines clientèles.

Par exemple, pour les partenariats public-privé: Est-ce que l'opposition est pour ou contre les partenariats public-privé? Pour les cliniques médicales associées: Est-ce que l'opposition est pour ou contre les cliniques médicales associées? Bien sûr, on va répondre aux questions puis on va dire ce que, nous, on fait, puis ce à quoi, nous, on croit. Mais auront-ils le courage de faire la même chose? Parce qu'on sait qu'il y a une aile de leur parti qui est plutôt rébarbative à ce genre de choses là. Vont-ils prendre le risque de perdre le support de cette aile pour dire les vraies choses, c'est-à-dire ce qu'eux-mêmes avaient prévu de faire? On le voit récemment, dans les documents qui sont sortis sur les partenariats public-privé, à quel point la démarche qu'ils suivaient était à toutes fins pratiques identique à celle qu'on suit actuellement. Alors, ce sera très intéressant, et on ne se privera pas de poser ces questions, autant ici qu'à l'Assemblée nationale.

Stratégie visant à assurer l'équité interrégionale (suite)

Maintenant, pour ce qui est de l'équité interrégionale, j'ai rencontré les gens de Lanaudière, les im«patients», la coalition que vous connaissez

probablement, qui sont effectivement depuis longtemps en attente de ça. Je leur ai bien expliqué le processus qui est essentiellement de deux ordres: d'abord, que la correction se ferait sur plusieurs années — ils ont bien compris ça — et que ça commencera cette année — ils sont contents de ça également; deuxièmement, que les chiffres d'inéquité étaient basés sur les approches populationnelles brutes — d'ailleurs, le député de Rousseau l'avait lui-même reconnu, puisqu'il avait réduit la demande de Lanaudière de 80 millions à 30 quelques millions — et que l'opération de réanalyse s'est poursuivie par la suite en étant beaucoup plus fine sur le plan des besoins de la population en termes de profil démographique, etc., et ce qui amène à une vision plus réaliste des déséquilibres et un horizon également pratique de correction.

Ce qu'il faut dire, c'est que, si on prend l'argent qui a été ajouté en 2003-2004, le nouveau budget de l'Hôpital Le Gardeur, la question du début... d'un redressement de la question d'inéquité interrégionale, sur une base annuelle, on parle de 34 millions de dollars d'ajoutés à Lanaudière, là, actuellement, incluant le nouveau budget de l'Hôpital de Le Gardeur. Alors, il y a un effort considérable qui est fait. L'Hôpital... Lanaudière est une des trois régions qui est sous-financée, et, la plus sous-financée de toutes, c'est la Montérégie; je pense qu'il faut le répéter.

Mme Harel: M. le Président, est-ce que le ministre peut déposer les chiffres dont il nous parle, s'il vous plaît? Regardez, il nous parle de chiffres et on n'a rien dans les crédits en réponse aux questions qu'on lui a posées. Peut-il déposer ces chiffres?

Le Président (M. Copeman): Bien, Mme la députée, vous auriez l'occasion de demander ce dépôt lors d'une de vos interventions. Le ministre était en train d'intervenir, on va lui laisser le soin de terminer son intervention, puis par la suite on procéderait dans l'ordre.

M. Couillard: J'ai indiqué plus tôt, M. le Président, que nous étions disposés à fournir à l'opposition les crédits, à leur transmettre les crédits globaux par région. Ce n'est pas le rôle du ministère, ça ne l'a jamais été, de déterminer les crédits par établissement. Ça, ça se fait au niveau régional, de sorte que, une fois les crédits adoptés, les crédits ventilés en région, la conclusion d'entente de gestion faite et les équilibres des objectifs de résultat obtenus dans chaque région, ces renseignements pourront être obtenus dans les régions elles-mêmes, et ça, c'est important.

M. St-André: Quand est-ce que ces informations-là vont être disponibles, M. le ministre?

M. Couillard: Le plus tôt possible, M. le Président.

M. St-André: Bien non, mais, franchement... Alors, M. le Président, ce n'est pas... Je ne trouve pas ça très, très sérieux. On est ici, en étude de crédits, justement pour discuter de ces questions-là. On va nous demander de voter au bout du compte, et, moi, je n'ai aucune idée de ce que pourrait être le budget du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur ou du CLSC-CHSLD

Meilleur qui donnent des services à la population dans ma circonscription. Je veux bien croire que le ministre est en consultation, mais nous savons comment ces choses-là fonctionnent. Le gouvernement présente toujours des scénarios aux établissements, aux régies régionales lorsqu'elles existaient et aux agences. Est-ce qu'en toute transparence le ministre pourrait nous déposer ici les chiffres?

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

M. St-André: La ventilation par établissement et par région, il me semble que ce n'est pas sorcier.

M. Couillard: M. le Président, franchement, il n'y a jamais un ministère de la Santé qui a ventilé les crédits par établissement. Les crédits se ventilent par région, et la ventilation par établissement se fait par la suite au niveau régional.

Alors, ce qu'on va transmettre, c'est les chiffres sur les enveloppes régionales. Par la suite, les régies... les agences auront reçu leurs cahiers de charges quant aux cibles nationales sur les différents programmes, ils auront fait les conciliations nécessaires et ils seront à même de ventiler les crédits par établissement. C'est toujours comme ça que ça s'est passé et c'est comme ça que ça va continuer à se passer.

M. St-André: Juste un tout petit complément.

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

M. St-André: Oui, je vais être bref. Le ministre vient de nous dire qu'il investissait 34 millions de dollars de plus cette année dans la région de Lanaudière. Il a donc en quelque part, dans ses plans, un document où il y a une ventilation établissement par établissement et région par région; il pourrait le faire, autant pour le plan d'équité que pour les budgets d'opération des établissements.

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

M. Couillard: Non. Ce que j'ai donné, c'est un aperçu de la correction qui serait faite au terme de l'opération de correction de l'inéquité interrégionale. Il s'agit de travaux qui vont évoluer à chaque année, qui vont se faire en collaboration avec les régions. Les régions sont très au courant de ça. Elles savent déjà qui parmi elles seront considérées sous-financées, lesquelles sont considérées comme plus financées.

Ce qu'on peut dire également, c'est que, en Lanaudière, en 2003-2004, il y a 12 millions de développement récurrents qui s'est ajouté à la somme. Alors, la région de Lanaudière depuis notre arrivée n'est pas négligée, loin de là: elle est pourvue et particulièrement dans les programmes où elle est en difficulté, dont notamment le programme jeunesse où il y a encore des difficultés dans Lanaudière.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Lotbinière, est-ce que c'est sur la même question d'équité régionale?

Mme Roy: On avait... on a discuté, je pense, que c'était la dernière question sur l'équité régionale?

Mme Harel: ...des Laurentides également.

Mme Roy: Ah! O.K. C'est beau.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de Blainville.

M. Legendre: Oui. Merci, M. le Président. Alors, je vais essayer de faire rapidement, mais, tout de même, c'est extrêmement important. Évidemment, je suis ici, M. le ministre — salutations à tous mes collègues — je suis ici pour parler au nom des Laurentides, et M. le ministre parlait tout à l'heure des citoyens de façon générale au Québec.

Bien, on en a, des citoyens, nous, dans les Laurentides, et il a fait référence à la Coalition des im«patients». Et, la Coalition des im«patients», elle a rencontré le ministre au mois d'août dernier. Et, au mois d'août dernier, elle est ressortie de cette rencontre en disant, avec le communiqué qui est ici, que le ministre s'était engagé à résoudre l'équité interrégionale sur une période de trois à cinq ans — pas de cinq à sept, là, de trois à cinq — reconnaissant que d'ailleurs, sous notre gouvernement, il y avait eu une amorce de solution, une amorce de correction qui avait clairement été identifiée dans les Laurentides à 36 millions. Mais il disait: Par ailleurs, c'est 90 millions que ça prend.

Et là ce qu'on essaie de savoir ici, ce matin, et mon collègue de Lanaudière a essayé de le faire et on n'a pas encore vraiment réussi, et le ministre nous parle d'un aperçu de la correction. Bien, je regrette, là, M. le Président, on n'en est plus aux aperçus, là, on parle du budget 2004-2005, les prévisions 2004-2005. On est rendus, là, à la mi-mai 2004. Les gens dans les régions veulent savoir c'est quoi, le budget affecté à la santé pour 2004-2005 en termes de correction, et on nous dit... on parle d'un aperçu puis on n'est pas capables d'avoir les chiffres.

Et la conclusion du communiqué, au 14 avril dernier, de la Coalition des im«patients» était: Bien, la Coalition des im«patients» des Laurentides attend de voir comment le ministre répartira le budget de la santé entre les régions en tenant compte des priorités identifiées lors du discours du budget. Mais ils finissent en disant: À toutes fins pratiques, c'est tout au plus le maintien du statu quo, et cela est inacceptable pour les Laurentides. Depuis l'élection du nouveau gouvernement, rien n'a été investi pour compléter le montant annoncé initialement par notre gouvernement de 36 millions. Alors, on a besoin de plus que des aperçus, là, M. le Président, là.

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

M. Couillard: M. le Président, il faut avoir été dans les établissements du réseau pour savoir que, lorsqu'on dit que ça prend du temps à avoir les enveloppes, elles vont être disponibles, les enveloppes, au début de l'été. Moi, je peux témoigner à titre de membre d'un comité directeur d'un établissement que ce

n'est pas avant septembre, octobre, qu'on avait les crédits pour nos établissements. Il fallait estimer à partir du mois d'avril, là, quel serait le besoin dont on disposerait dans les hôpitaux. Alors, un peu un retour à la réalité n'est pas superflu ici.

Alors, on va effectivement corriger l'inéquité interrégionale. Effectivement, lorsque j'ai rencontré les gens des im«patients» au mois d'août, je leur ai probablement cité un chiffre d'avis plus court, mais les travaux ont continué par la suite et il nous est apparu beaucoup plus réaliste et prudent d'étaler la correction sur cinq à sept ans.

Étaler la correction sur trois ans, comme on l'a mentionné tantôt, à mon avis, c'est irresponsable, ça cause des déséquilibres trop marqués dans les régions. Ça cause également des demandes et des pressions qu'il n'est pas possible de corriger, et ça, c'est la réalité. Parce que, si on nous dit... qu'on nous présente de l'autre côté un modèle, qu'on nous dise combien on aurait envoyé... enlevé à Montréal et à Québec pour corriger ça en trois ans, puis là on aura une vision réaliste de ce qu'ils auraient fait, eux.

Mais ce n'est pas suffisant puis ce n'est pas, je veux dire, acceptable de dire juste: Bien, moi, je le ferais en trois ans par rapport à un délai de cinq à sept ans. Il faut aller un petit peu plus loin dans l'analyse puis dans la présentation. Puis je regrette, quand on se réfère au budget virtuel de mars 2003, là, ça fait longtemps que les citoyens le savent qu'il n'y avait pas d'argent pour le budget de mars 2003, y compris les développements qui étaient là, hein?

• (11 h 20) •

Et je pense qu'il faut encore une fois, là, revenir à la réalité. Enfin, il y a un gouvernement qui décide de corriger le processus de reconduction historique de budget inéquitable, on va le faire. C'est fait, encore une fois, pas de façon isolée à Québec. C'est fait en collaboration avec les régions, avec une table de suivi, une table de concertation, des contacts sans interruption entre les différentes régions et le ministère, incluant des déplacements de nos équipes en région et non pas toujours les régions qui viennent au ministère, et, finalement, ce que je reçois... ce que je retiens, c'est qu'on nous demande de corriger en trois ans ce que, eux, en neuf ans, n'ont pas été capables même de commencer à corriger.

Alors, je pense qu'il faut être réaliste encore une fois. Il faut déjà se féliciter que notre gouvernement ait pris l'engagement et la fasse, cette correction. Elle va se faire de façon prudente, respectueuse de toutes les régions, de façon à ce que partout au Québec les citoyens voient une augmentation du niveau de services de leurs régions. Et je le répète encore une fois: Toutes les régions vont voir leur enveloppe globale s'accroître cette année, et celles qui sont en sous-financement, comme Lanaudière, Laurentides et Montérégie plus que les autres, compte tenu du fait que l'argent de développement sera là plus au rendez-vous pour elles que pour les régions qui sont relativement surfinancées. Mais les crédits de chaque région au Québec vont augmenter cette année, M. le Président.

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

**Mode d'allocation
des ressources financières selon
une approche populationnelle modulée**

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Alors, bonjour à tous les collègues parlementaires ainsi qu'à toutes les personnes qui vous accompagnent, M. le ministre.

Quand on parle d'équité interrégionale, et, si je relis votre texte, on parle d'évaluation des besoins avec une approche populationnelle par programme des services. J'aimerais ça, pour le bénéfice de la population, que vous reveniez là-dessus. Comment cela va se faire et à partir de quoi, sur quelles données?

Je voudrais aussi vérifier avec vous le programme de santé physique. L'évaluation des allocations va être fondée sur une approche qui va mesurer le coût normé par cas pondéré multiplié par un volume. Alors, tout cela ne revient-il pas au per capita mais dit autrement? Ou sur quels critères le coût normé est basé, il est pondéré comment, avec quel indicateur et quel élément? Et, le volume, qu'est-ce que vous pensez, là... le volume sur le per capita, je suppose, d'une région donnée ou d'un établissement... Je voudrais vous entendre plus en détail sur cette formulation.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, la base de toute correction d'une équité interrégionale, c'est l'utilisation d'une budgétisation par population, donc, bien sûr per capita, compte tenu de la population présente.

Maintenant, cette analyse brute per capita a deux grandes limitations. D'une part, elle est trop globale et grossière pour avoir une bonne évaluation des besoins réels de chaque région. On sait qu'il faut ajouter des critères tels que le profil démographique, le profil socioéconomique, le taux d'éclatement de familles et autres critères semblables, de sorte que cette approche populationnelle pondérée ou modulée est utilisée pour l'ensemble des programmes non santé physique. Je reviendrais dans quelques instants à la question de la députée sur la question de la santé physique.

Donc, on dit que, par exemple, pour atteindre tel résultat en santé mentale ou en jeunesse en difficulté, on se base sur un coût per capita modulé, selon les différentes caractéristiques des régions; et encore une fois, ça, c'est fait en collaboration avec les régions, dont celle de la députée. La P.D.G. de l'agence a été présente et est bien au courant de ces conversations-là.

Pour ce qui est de la santé physique, là il faut être un peu plus prudent que la simple...

Mme Charest (Rimouski): ...de vous interrompre... juste sur un élément de ce que vous venez de dire. Quand vous parlez du profil... Bon, vous y allez sur le per capita puis vous parlez du profil socio-économique. On sait très bien que, dans des régions comme la mienne ou comme d'autres régions au Québec, une ville centre, que ce soit Rivière-du-Loup ou Rimouski, a un taux de richesse et d'activité économique plus important que toutes les municipalités rurales qui l'entourent, et les statistiques ne pondèrent pas vraiment cet état de situation.

Est-ce que vous avez prévu dans votre profil socioéconomique tenir compte de ces éléments-là? Parce que ça vient complètement fausser les notes, les données de départ, et je pense que ça a une influence majeure sur le profil socioéconomique réel par rapport au profil économique qu'on peut sortir d'un cumul de données statistiques.

Le Président (M. Copeman): Là, nous allons laisser le ministre répondre sans interruption.

Mme Charest (Rimouski): Bien oui, mais je voulais avoir cette précision-là.

Le Président (M. Copeman): Je comprends bien, mais il y a toujours des possibilités pour faire des questions supplémentaires à la fin d'une intervention. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, effectivement, c'est une question très intéressante que soulève la députée parce qu'on parle beaucoup d'équité interrégionale, mais il faut également parler d'équité intrarégionale, et ça, c'est un problème que je constate autant au niveau des budgets que des effectifs médicaux. Par exemple, on peut dire qu'une région est soi-disant en surplus d'effectifs médicaux alors que certaines sous-régions de sa région, si vous me passez l'expression, ne sont pas du tout en surplus d'effectifs médicaux.

Même chose pour l'évaluation populationnelle. Ce qu'on a, c'est une moyenne bien sûr; ce n'est pas juste Rimouski, ce n'est pas juste Mont-Joli, c'est une moyenne de tout le Bas-Saint-Laurent. Pour aller plus loin, je pense qu'un outil important pour l'avenir, parce qu'on veut réévaluer de façon annuelle cette façon de calculer, ça va être la survenue de réseaux intégrés avec la responsabilité populationnelle. Comme on sait que la responsabilité de gérer beaucoup de ces programmes va basculer au niveau local, ça va être plus facile de tenir compte, et sur le plan des effectifs et sur le plan de la budgétisation, des réalités socioéconomiques, démographiques de chaque territoire, et ça, je crois que ça va ajouter à la fiabilité du processus. Mais, actuellement, il est très difficile d'avoir les outils qui nous font aller dans une autre voie que la voie de la moyenne régionale, tout en connaissant, comme vous le dites, qu'effectivement cette voie a des limitations.

Je crois qu'il y avait une autre question, et là je ne souviens plus, là...

**Méthode de calcul des coûts
unitaires en santé physique**

Mme Charest (Rimouski): ...santé physique.

M. Couillard: La question de la santé physique — excusez-moi. Alors, Mme la députée demandait d'expliquer comment on calcule les coûts unitaires en santé physique. Bien sûr, on ne peut pas le faire sur une base strictement populationnelle parce qu'on sait très bien que des centres hospitaliers parfois traitent des gens d'autres régions, hein, ou d'une région voisine ou même à distance et ont des profils de production de services qui sont très différents.

Alors, pour la santé physique, essentiellement, ce qu'on veut dire par là, ce sont les services hospitaliers. Ce qu'on prend, c'est ce qu'on appelle, vous l'avez bien dit, des coûts normés, ce sont des coûts reliés à chaque catégorie de diagnostics. En anglais, on appelle ça, DRGs, «Diagnosis Related Groups». C'est des groupes de diagnostics qui sont normés. Et on s'attend que le coût unitaire... Par exemple, pour faire une opération à la vésicule, c'est assez connu maintenant dans le réseau que le coût unitaire pour une opération à la vésicule doit être tant. Donc, là, on prend le coût normé de l'opération de la vésicule, on regarde le volume de l'année précédente avec l'augmentation prévue pour l'année qui s'en vient, puis là on obtient la budgétisation pour la santé physique en général. Il aurait été imprudent d'y aller par voie populationnelle stricte pour la santé physique à cause du fait que les gens se déplacent beaucoup pour consommer. Alors, c'est essentiellement ce qu'on a fait.

Et là je veux rassurer également les régions parce que, lorsqu'on parle de coûts normés, on ne compare pas avec le meilleur coût parce qu'il y a des hôpitaux au Québec qui sont très performants, qui donnent des services à coût moindre que d'autres. On prend une moyenne. Pour ne pas pénaliser les gens qui ont actuellement des coûts plus élevés, là, on prend une moyenne des coûts normés sur l'ensemble du territoire.

Mme Charest (Rimouski): C'est multiplié par un volume sur lequel je voudrais vous entendre également.

M. Couillard: Bien, c'est ça. C'est que, pour avoir une idée de la budgétisation en santé physique, on ne peut pas faire autrement que multiplier le coût normé unitaire par le volume de procédures.

Je reprends mon exemple de l'opération pour la vésicule. Bien, on prend le coût normé moyen d'une opération pour la vésicule, multiplié par le nombre de vésicules opérées l'année suivante, plus ce qu'on prévoit comme l'augmentation ou diminution de la production chirurgicale au cours de l'année suivante; c'est là qu'on a un aperçu de la budgétisation en santé physique. Tout, plus le développement et le coût de système spécifique, puis ça, ce n'est pas nouveau, toutes les organisations de soins de santé au monde fonctionnent comme ça. Alors, autant les organisations qui ont un tiers payeur gouvernemental que celles qui ont un tiers payeur d'assurance, c'est la même chose partout.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Information transmise aux agences régionales sur le financement des établissements du réseau de leur région

Mme Harel: M. le Président, je voudrais poser une question au ministre. Est-ce que les agences régionales ont reçu, pour l'année 2004-2005, les subventions totales allouées aux établissements du réseau de leur région?

M. Couillard: Ils ont reçu, M. le Président, les crédits qui ont été adoptés de façon provisoire. Ils ont

reçu également un aperçu des crédits globaux pour leur région avec bien marqué, pour respect pour l'Assemblée, que c'est conditionnel à l'adoption des crédits.

Mme Harel: M. le Président, je demande au ministre de déposer ce que les agences régionales ont reçu pour l'année 2004-2005, puisque dans le livre de nos crédits, à la page 2, concernant l'exercice financier 2004-2005, il n'y a rien du tout.

M. Couillard: M. le Président, je vais le déposer, là, je m'y engage auprès de la députée. On va faire parvenir ce renseignement-là à l'opposition, mais je ne l'ai pas immédiatement sous la main, là, mais on va le transmettre dès que possible.

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

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, au niveau de... Bon. Je quitte un petit peu le volet de inéquité ou déséquilibre, parce que, bon, on voit qu'il y a plusieurs années... on pourrait faire le procès longtemps du passé.

État d'avancement du projet d'informatisation SI-RIL

Moi, ce qui m'intéresse, c'est vraiment de voir comment vous êtes en train, M. le ministre, avec toute votre équipe, de revoir les façons de faire au niveau de la santé. Et, une de ces façons-là, un des outils qui est disponible, puis ce n'est pas juste chez vous mais c'est un outil qui est disponible dans toute la machine politique au Québec, c'est tout le volet de l'informatisation.

Moi, quand j'ai... avant d'être élu, j'avais rencontré des médecins à Laval qui avaient un projet extraordinaire qui est un projet même innovateur, qui permettait, M. le ministre... puis, d'ailleurs, je sais que vous connaissez un peu le dossier parce que vous aviez rencontré sur le terrain ces gens-là. Et, le médecin, entre autres, un des médecins qui est le Dr Breton, et c'est peut-être le volet... justement le volet le plus particulier de ce projet-là, c'est que ça vient des médecins, ça vient du terrain... eux-mêmes qui se sont appropriés et ont adopté un système informatique à la hauteur de leurs attentes et à leurs réalités cliniques... Autant qu'on a un ministre qui vient du système que maintenant, au niveau de l'informatisation, ce sont les médecins qui démontrent un intérêt à avoir un système qui répond à leurs attentes, et le programme s'appelle SI-RIL.

● (11 h 30) ●

Le projet SI-RIL permet justement à des cliniques privées, des cliniques de diagnostic avec également une certaine autre clinique de s'échanger de l'information, en respect bien sûr des normes avec leurs clients, et tout ça, et d'aller chercher de l'information aussi sur le volet informatique, donc accélérer le processus, donc accessibilité extraordinaire pour pouvoir discuter des résultats, des résultats qui sont devant eux sur écran, qu'ils peuvent présenter à leurs patients. Donc, c'est toute une nouvelle façon de gérer le volet médical.

Et, moi, j'aimerais que vous me parliez un petit peu justement... Parce que ce projet-là est quand même un projet très novateur, et il y a certaines inquiétudes quand même dans le milieu, à savoir qu'est-ce qu'on... vers où on tend, est-ce qu'on a l'intention de supporter... Parce que dans le passé, pour des questions — une approche peut-être différente de l'ancien gouvernement — on n'avait pas supporté... le gouvernement antérieur n'avait pas supporté SI-RIL. C'est le fédéral qui est venu et a investi beaucoup d'argent parce qu'il y croit, et, moi, je peux vous dire également, comme député de Vimont puis le fait que c'est très présent à Laval, j'y crois également. C'est une nouvelle façon de faire les choses.

Est-ce que vous pourriez, premièrement, nous dire où c'est rendu chez vous, le projet SI-RIL? Parce que j'ai vu dans les crédits, et tout ça, là, qu'il y avait des allocations mais je n'ai pas rien vu de spécifique à propos d'un projet de la sorte.

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

M. Couillard: Oui. M. le Président, effectivement, j'ai eu l'occasion d'aller dans la région de Laval voir les cliniques qui utilisent le système SI-RIL. C'est un système qui est très intéressant, qui permet aux cliniques d'être en lien avec l'hôpital. Puis on voyait ce matin, dans *Le Devoir*, un excellent article de Mme Paré, là, qui parle également de l'Hôpital Sainte-Justine, qui est également en lien avec ce modèle-là.

Ce qu'il faut savoir, c'est que bien sûr l'informatisation du réseau de la santé, c'est un facteur de développement incontournable. Si on intègre les soins des établissements, il faut également avoir une libre circulation de l'information. Et, ce qu'on a constaté, malheureusement, c'est que — vous l'avez dit — le projet SI-RIL, qui est probablement un des projets les plus solides au Québec actuellement, n'était financé que par le gouvernement fédéral, qu'il y a eu littéralement des dizaines de millions de dollars d'investis en informatisation du réseau de la santé sans aucune réflexion de base sur l'architecture qu'on voulait se donner, le type de réseau qu'on voudrait avoir et les objectifs qu'on poursuit. Alors, il est presque déprimant de faire le total de ces sommes qui ont été investies sans résultat, mais c'est essentiellement le résultat qu'on obtient aujourd'hui ou l'absence de résultat qu'on obtient aujourd'hui.

Alors, il faut savoir que, ce projet SI-RIL également, l'intérêt pour lui déborde les frontières du Québec. On sait maintenant, nous avons adhéré à Inforoute Santé du Canada avec une entente très serrée qui nous permet de sélectionner nous-mêmes les projets qui y sont présentés. Et on sait que le gouvernement précédent avait fait la chaise vide à cet organisme-là, de sorte qu'il y a des projets financés par Inforoute Santé Canada qui a un fonds de 1,2 milliard de dollars partout au Canada, sauf au Québec. Alors, je suppose qu'on présumait que la chaise vide allait être plus productive, et, quand on regarde ce qui est arrivé sur le terrain, force est de constater qu'on est en retard au Québec de façon majeure.

Alors, je suis heureux de dire que ce projet SI-RIL fait partie des deux projets qui sont actuellement à l'étude par Inforoute Santé Canada dans le but d'un

déploiement et d'un cofinancement du déploiement entre Inforoute Santé Canada et le gouvernement du Québec. Bien sûr, la décision finale du conseil d'administration d'Inforoute Santé est à venir, mais nous sommes assez optimistes quant à la possibilité d'avoir une entente avec cet organisme pour déployer ce système dans les régions voisines urbaines, tout en menant les expériences pilotes dans les régions rurales de façon à ce qu'on obtienne une vue d'ensemble sur l'architecture de notre réseau informatique en santé et services sociaux et qu'enfin le patient puisse bénéficier de ça.

Je lisais dans l'article, ce matin, du *Devoir*, c'est que la secrétaire du Dr Hamel, là, qui était questionnée pour son expérience pratique avec l'utilisation de ce processus-là, disait qu'il y avait presque deux heures par jour auparavant qui étaient englouties dans des téléphones puis des poursuites de résultats de laboratoire, alors que maintenant ils sont disponibles au bout des doigts. Alors, malheureusement, on est obligés, là encore, de rattraper des retards.

Le projet SI-RIL est regardé avec énormément d'intérêt, autant par le ministère que par Inforoute Santé Canada avec lequel nous sommes en collaboration, et bien sûr il y a d'autres projets au Québec qui sont très intéressants également, en Mauricie particulièrement. Mais on a, pour une fois ou enfin, pu se donner une vision globale de ce que doit être l'informatisation du réseau de la santé au Québec, ce qui manquait jusqu'à maintenant.

Moi-même, j'ai eu l'occasion de pratiquer dans un établissement qui a bénéficié des dossiers patients informatisés bien avant les autres et je peux vous dire qu'en termes de bénéfices pour la clientèle non seulement pour les professionnels qui pratiquent là, mais pour les gens qui y reçoivent des soins, c'est considérable en tant que gain de temps et d'efficacité. Alors, on a l'occasion d'aller de l'avant et on va le faire de façon ordonnée, cohérente encore une fois, avec une vue d'ensemble et non pas avec des projets à la pièce qui sont non reliés les uns aux autres.

M. Auclair: Donc, ça, ça va être une bonne nouvelle. Je pense que le Dr Breton va avoir au moins le sentiment... puis je pense que, sur les discussions qu'il a eues avec vous, vous me dites, il va y avoir un... ça, c'est un point positif.

Mesures visant à assurer la confidentialité de l'information sur les patients

Maintenant, est-ce que, au niveau de la population... Parce que c'est des éléments, aussi, qui m'ont été soulevés par le Dr Breton, entre autres, et c'est l'interprétation que la population a au niveau de l'investissement dans l'informatisation. Est-ce qu'il y a des mesures qui sont prises en ce moment pour s'assurer... Comment... Juste pour clarifier un peu, parce qu'il y a beaucoup de monde qui disent: Bon, ça, c'est le principe «Big Brother», ça tombe sur l'informatique, tout le monde a accès. C'est quoi, les processus pour s'assurer... puis le message qu'on peut passer également à la population pour vraiment leur dire que ces systèmes-là sont sécuritaires et sont dans leur intérêt? Parce qu'on sait — vous en avez déjà parlé, bon,

questionné par l'opposition — au niveau de la réalité médicale, la réalité des infirmières, on veut s'assurer dans tout le processus que le corps médical, professionnel s'investissent de leur mission de base, c'est-à-dire donner des services — à la population — directs et non de travailler dans de la bureaucratie à ne plus finir. À cet égard-là, on s'enligne vers quoi pour s'assurer justement d'une protection des sources d'information à la population?

M. Couillard: Bien, c'est un sujet important, puis là encore le projet SI-RIL nous donne un aperçu. Parce que, d'abord, il faut dire que, lorsque l'information circule à l'intérieur du même établissement, bien sûr il n'y a pas de problème légal de protection des renseignements.

Le problème se présente lorsque l'information quitte l'établissement pour aller par exemple à une clinique médicale. Alors, dans le cas du projet SI-RIL que vous connaissez très bien, il y a un processus qui a été validé par la Commission d'accès à l'information, qui est un processus de double consentement avec une clé d'accès et un consentement du malade pour que ses analyses de laboratoire soient accessibles.

Maintenant, en pratique — en pratique — on demande aux gens qui se présentent à une clinique médicale: Est-ce que vous êtes d'accord que votre médecin puisse obtenir vos résultats de laboratoire de l'hôpital? Je n'ai pas encore entendu parler d'un seul cas où la personne n'avait pas consenti. En général, ils disent plutôt: Bien, je pensais que c'était déjà possible. Et donc c'est avec enthousiasme que les patients ou les personnes donnent leur accord à ça. Mais on va le faire de façon correcte, validée bien sûr par la Commission d'accès à l'information, et, le projet SI-RIL, par exemple, nous donne un bon aperçu de la façon dont il faut s'y prendre pour protéger la sécurité de l'information.

On peut également envisager ou imaginer que, dans le cadre de l'inscription aux groupes de médecine de famille, on a également là un consentement à donner, lors de l'inscription, sur la circulation des informations — ou ne pas donner, selon le choix de la personne — sur la circulation de l'information entre l'établissement de santé du territoire puis les groupes de médecine de famille. Donc, ces considérations sont au coeur de notre réflexion.

Mais, ce qu'on veut éviter — c'est ce qu'on a eu au cours des dernières années — c'est l'éclosion de projets à gauche et à droite, sur une base un peu spontanée, sans préoccupation pour l'architecture globale du réseau de la santé, sans préoccupation sur le fait de pouvoir ou pas voir ces systèmes se... communiquer les uns aux autres.

Alors, c'est pour cette raison qu'on a décidé de centraliser au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux toutes les décisions, les approbations pour les différents projets de développement informatique et notamment toutes celles qui sont en lien avec Inforoute Santé Canada, parce que, ce qui arrivait dans le passé, c'est que, le gouvernement précédant ayant refusé de s'asseoir à Inforoute Santé Canada, les établissements y allaient directement pour obtenir des subventions pour des projets locaux, des projets pilotes.

Alors, on a vu se multiplier ces projets-là sans qu'il n'y ait aucune considération globale dans tout le système de santé du Québec. Alors, c'est ce qu'on fait actuellement, et j'ai bon espoir qu'on va pouvoir déployer cet outil essentiel, là, en même temps qu'on déploie nos réseaux locaux de services.

Participation financière de Santé Canada au développement du projet d'informatisation SI-RIL

M. Auclair: Donc, là, on fait le lien direct avec l'établissement des locaux de services ainsi que les projets informatiques.

Est-ce que vous avez l'intention... Vous m'avez dit, bon, au niveau de SI-RIL entre autres, que vous avez l'intention... C'est rendu sur Inforoute Santé Canada, on attend l'approbation. Comment fonctionne le financement? Est-ce que le financement va être assuré totalement et entièrement par Inforoute Santé Canada ou est-ce que... C'est quoi, les ententes là-dessus, à cet égard-là?

M. Couillard: Alors, dans la vague de financement qui a cours actuellement à Inforoute Santé, on parle de cofinancement de l'ordre de 80 % par Inforoute Santé Canada, 20 % par le gouvernement provincial, étant donné... ici, le gouvernement du Québec. Mais ça varie, ça, d'une phase de déploiement à l'autre. Pour la phase sur laquelle on fait une demande, c'est ce ratio-là qui est envisagé. Donc, c'est très avantageux pour les contribuables du Québec.

M. Auclair: Donc, en d'autres mots, vous êtes en train de me dire qu'on a perdu beaucoup de financement, vu la situation du passé, là, que... sur cette enveloppe-là, là.

● (11 h 40) ●

M. Couillard: Ah! ça, c'est clair. Si on regarde la carte du Canada avec les différentes juridictions provinciales et ce qui est en cours actuellement comme projets d'informatisation soutenus financièrement, il y a zéro au Québec. Alors, on a fait la chaise vide et avec les résultats... Tiens, ça, c'est une carte en couleur. Je ne sais pas si c'est un document qu'il est possible de déposer, là. Partout où il y a du bleu, c'est là où il y a des projets actuellement financés en Inforoute Santé. Alors, il y a le Québec en vert, bien sûr les territoires nordiques, pour des régions différentes, là, mais le Québec est isolé actuellement, aucun projet d'informatisation. Alors, on a laissé passer le train, là. Là, on essaie de le reprendre avant qu'il n'arrive en gare.

Intentions concernant les investissements en santé à ville de Laval

M. Auclair: Donc, je veux faire... Merci pour cette information, là, M. le Président, M. le ministre. Maintenant, j'aimerais vous parler un petit peu de la réalité locale. Au niveau de Laval, vous avez parlé de trois pôles où il y avait... en tout cas noté comme étant des secteurs défavorisés par les attributions de crédits.

Est-ce qu'en ce qui concerne la réalité de Laval... on a toujours considéré, nous autres, que Laval était

aussi un des enfants pauvres au niveau de l'investissement. On sait que dans le passé, malgré beaucoup d'efforts, le gouvernement antérieur a fait fi des demandes locales.

Moi, pour avoir siégé à la régie régionale, je peux vous dire qu'on a eu et on a fait beaucoup de demandes, et, malgré toutes les demandes, on a toujours été considérés, nous, à Laval, étant voisins immédiat de Montréal, que nos services, nos citoyens pouvaient consommer des services à Montréal. Et, de notre côté, nous, on avait toujours le même argumentaire, c'est que justement les gens de Lanaudière entre autres venaient consommer également des services chez nous, à Cité de la santé.

Puis je ne veux pas revenir sur les chiffres, parce que je vois qu'au moins il y a une attention, je sais qu'il y a des calculs. Je sais que chez nous il va y avoir un réinvestissement, comme partout ailleurs dans la province, pour rétablir un certain équilibre. Et on est bien conscients... et on ne demande pas qu'il soit rétabli du jour au lendemain, on est conscients de la capacité.

Est-ce que vous pouvez juste me parler un petit peu en ce qui concerne Laval? Est-ce que Laval — parce que vous avez parlé des trois pôles — est-ce que Laval fait partie de la réalité, aussi, gouvernementale comme quoi il y a une sensibilisation à la réalité de Laval?

M. Couillard: Bon, effectivement, Laval fait partie des régions relativement sous-financées, là, dont la correction va se faire sur les cinq à sept prochaines années mais à des degrés moindres, je crois, que Montérégie, Laurentides, Lanaudière. Mais il y a quand même un niveau de sous-financement pour Laval consécutif aux mêmes raisons: c'est la reconduction de budget historique sans qu'on suive les déplacements de population. Et effectivement, ce qu'on se faisait répondre dans ces régions-là auparavant, autant à Lanaudière que dans les Laurentides qu'à Laval, c'est que, vu que vous allez à Montréal pour vous faire donner vos soins, vous pouvez continuer à le faire puis on n'a pas besoin d'augmenter vos ressources. En gros, c'était le message qu'on recevait.

Nous, on veut que les gens aient les services le plus près possible de chez eux, surtout les services généraux, de première ligne, des services de spécialité de base, certains services très spécialisés, mais on veut que l'essentiel des services ultra-spécialisés soit concentré bien sûr dans les établissements universitaires. Mais, pour ce qui est des spécialités de base et certaines spécialités également plus avancées... par exemple, à Laval, vous avez une excellente équipe d'oncologie, de médecins spécialisés en traitement pour le cancer. Alors, il y a certainement lieu, là, pour la population d'obtenir des soins de très grande qualité sur place alors qu'auparavant ils avaient à se déplacer à Montréal.

Alors, c'est ce genre d'évolution de réalité de population, de réalité hospitalière également qui n'a pas été prise en compte lors des budgets historiques des années précédentes et que, là, on veut commencer à rétablir.

M. Auclair: Bien, je suis content que vous mentionniez justement la réalité de l'oncologie à Laval parce que peu de personnes le savent et connaissent

cette réalité-là qu'à Laval on a une équipe extraordinaire. Également, une réalité, c'est que le gouvernement a investi pour l'urgence. On va augmenter... on a investi près de 13 millions de dollars dans une nouvelle urgence à Laval pour justement permettre un certain... un respect de la réalité de la population.

Est-ce que c'est possible pour vous, M. le ministre — je vais rester très chauvin, je vais parler de Laval un petit peu — de nous dire en ce qui concerne...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Auclair: Merci... Je pense que mon collègue de Robert-Baldwin est bien heureux d'entendre ce commentaire.

Bilan d'implantation des groupes de médecine de famille à ville de Laval

En ce qui concerne l'évolution aussi des GMF à Laval, parce que Laval est une réalité aussi où il y a beaucoup de jeunes familles, des aînés également très présents, et pouvez-vous me dire un petit peu le constat des GMF à Laval, vers quoi... qu'est-ce que... on se compare... si on se compare aux autres, on ressemble à quoi et est-ce que, dans l'avenir, il y a de nouveaux GMF qui vont être accrédités également? Je sais que je vous fais passer un petit peu du coq à l'âne, là, mais c'est juste pour voir avec vous.

M. Couillard: Alors, M. le Président, comme j'indiquais, on a maintenant 76 groupes de médecine de famille accrédités. On continue l'accréditation. Il y aura des bonnes nouvelles dans quelques jours pour un autre groupe... quelques-uns de ces groupes partout au Québec.

À Laval en particulier, vous avez, en date d'aujourd'hui, trois groupes de médecine de famille qui sont accrédités: celui qui était regroupé autour du CLSC du Marigot, celui qui est au Centre médical Laval, autour du CLSC des Mille-Îles, et celui de GMF Concorde, qui est un des plus gros au Québec avec beaucoup, beaucoup de médecins et qui est également affilié au CLSC du Marigot. Mais il doit y avoir également d'autres demandes en cours d'analyse actuellement. On va, dans les prochains jours d'ailleurs, continuer à accréditer ces groupes pour en augmenter le total de façon la plus rapide possible.

M. Auclair: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Une voix: Alors...

Le Président (M. Copeman): Il reste quelques minutes, Mme la députée de Soulanges, vraiment comme trois minutes. Je ne sais pas si vous voulez y aller?

Mme Charlebois: Oui, je pense que ça va être suffisant pour que le ministre me réponde.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, Mme la députée de Soulanges.

Mesures adoptées précédemment afin de corriger l'inéquité interrégionale en Montérégie

Mme Charlebois: M. le ministre, dites-moi, quand on parle... parce que je constate que nos collègues de l'opposition veulent parler beaucoup d'inéquité interrégionale. En Montérégie, là, ce n'est pas une nouveauté, là, qui vient d'arriver depuis notre élection, l'inéquité, je pense que ça perdure depuis longtemps. Pourtant, quand j'ai été élue, c'est une des premières choses qu'on m'a parlé. Dites-moi, est-ce qu'il y avait un travail amorcé par le gouvernement précédent à ce niveau-là? Ça devait être là, là, puis il devait y avoir quelque chose d'amorcé. Oui?

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

M. Couillard: Oui, c'est bon de rappeler que l'inéquité interrégionale, on ne vient pas de découvrir ça; ça fait des années que c'est connu, là. Et moi, c'est sidérant, parce que, la Montérégie, on parle, si ma mémoire est exacte, d'un taux d'inéquité qui est autour de 150 millions de dollars. Et, dans une région qui avait le député de Verchères puis la députée de Taillon, c'est quand même curieux, hein, que cette question aussi fondamentale n'ait jamais pu être corrigée dans le passé. Alors, maintenant, du côté de l'opposition, on devient bien sûr les apôtres de la correction de l'inéquité interrégionale. Encore aurait-il fallu s'en faire les praticiens pendant qu'ils en avaient les moyens.

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

Mme Harel: Alors, M. le Président, ce qu'il y a de différent en regard de l'étude des crédits à laquelle le ministre et moi-même avons participé en juillet dernier et cette année, c'est deux choses importantes. La première, c'est que dans les crédits, dans le livre des crédits, il n'y a pas de prévision pour 2004-2005. Il n'y en a pas — et je reviendrai sur chacun des aspects — il n'y en a même pas sur les agences régionales.

Alors, on a ce qui s'est passé dans le rétroviseur, on n'a rien de ce qui se passe dans les crédits qu'on a à voter. Tellement que c'est par la Loi d'accès à l'information qu'on a pu obtenir les crédits des agences régionales, qui sont réduits de 5 millions de compressions cette année et de 10 millions l'an prochain. Alors, on a donc les compressions, région par région, et je voudrais, M. le Président, que vous examiniez ces documents pour qu'on puisse les déposer pour le bénéfice des membres de la commission, puisque cette information ne faisait pas partie des crédits.

D'autre part, M. le Président, le ministre parlait tantôt... ce qui est différent, c'est qu'on n'a pas de prévision pour 2004-2005, et, ce qui est différent, c'est le ton partisan du ministre; c'est très différent de juillet dernier.

Prenons le cas d'Inforoute Santé. Inforoute Santé, vous prenez à la page 43 du livre des crédits, on y lit ceci, la question: Sommes reçues dans le cadre d'Inforoute Santé pour 2003-2004. La réponse: Le Québec n'a reçu aucune somme d'Inforoute Santé du Canada en 2003-2004.

Alors, qui était au gouvernement depuis un an, en 2003-2004? L'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux. Et qu'a-t-il fait durant cette année? Il n'y a aucun projet donc qui a été accepté. Et là c'est par la Loi d'accès à l'information, par la Loi d'accès à l'information qu'on a obtenu notamment la lettre envoyée, le 9 janvier de 2004, au président du conseil d'administration d'Inforoute Santé, M. Maldoff.

D'abord, il faut savoir que, au tout début, les exigences qui étaient celles d'Inforoute Santé étaient incompatibles avec le respect des compétences du Québec. Le ministre sait très bien que le gouvernement précédent, comme lui-même d'ailleurs, ont réclamé que tout projet québécois visant à obtenir un financement d'Inforoute Santé soit conforme aux orientations québécoises en matière d'infrastructure à la santé et ont aussi exigé que seuls les projets soumis par le ministère de la Santé puissent bénéficier d'un financement de la part d'Inforoute Santé Canada, ce qui avait été refusé durant la première année.

● (11 h 50) ●

Et ce n'était pas qu'au Québec: quand on regarde les chiffres d'Inforoute Santé, le milliard et demi dont parle le ministre, il n'y avait que 20 millions de répartis à travers tout le Canada, 1,5 %, alors que, en 2003-2004, il faut comprendre, n'est-ce pas, que le gouvernement libéral du Québec n'a reçu aucune somme d'Inforoute Santé et n'a donc vraisemblablement déposé aucun projet et a obtenu des modifications aux exigences d'Inforoute Santé pour satisfaire le respect et la protection des compétences du Québec. Ça, c'est grâce à la Loi d'accès à l'information qu'on a obtenu ces informations.

Je mentionnais tantôt que les budgets alloués aux agences régionales — qui déjà en ont saisi leur conseil d'administration — ne sont même pas encore disponibles pour les membres de la commission parlementaire, justement pour leur permettre d'évaluer les écarts entre ce que dit le ministre et la réalité. Parce que dans la réalité, il est bien certain qu'à la différence de son prédécesseur qui avait alloué en sus, c'est-à-dire en surplus, une somme de 50 millions des 300 millions dévolus pour corriger l'écart interrégional, il n'y a aucune somme dans le livre des crédits qui est prévue pour corriger cet écart.

Ce qui est prévu, c'est qu'il y aura moins de développement, il y aura moins d'indexation spécifique, si vous voulez, pour l'indice des prix à la consommation pour les établissements. Il y aura finalement, virtuellement, des ajouts et desquels seront prélevés des sommes pour réduire ces écarts. C'est tout à fait une autre façon de travailler.

Prenons la question des admissions, les admissions en médecine: contrairement au ministère de l'Éducation et à son ministre de l'Éducation et à la Commission parlementaire de l'Éducation qui a pu obtenir toutes les parties accessibles des mémoires, nous n'avons obtenu aucune partie accessible des mémoires déposés par le ministre de la Santé. Écoutez, M. le Président, le sentiment que j'ai eu en lisant tous ces livres de crédits, là, c'est qu'on jouait à la cachette avec nous alors qu'on a les parties accessibles du public, parties accessibles au public, plutôt, des mémoires conjoints signés par le ministre de la Santé mais grâce au ministre de l'Éducation.

Et, sur l'admission en médecine, ce qu'on y comprend, c'est que le nombre d'admissions, qu'on a demandé dans les livres de crédits pour 2004-2005, page 192, on ne l'a pas pour 2004-2005. C'est toujours dans le rétroviseur. On a les chiffres de 2003-2004. Pourquoi est-ce qu'on ne nous donne pas ceux de 2004-2005? Parce que, tout simplement, on apprendrait qu'ils n'ont pas augmenté les 666 admissions que le gouvernement précédent avait décrétées et qui a été reconfirmé dans un décret du 27 août. Pensez-vous, l'université était déjà commencée.

Alors, ce n'est certainement pas les 666 admissions en faculté de médecine, là, pour un décret du 27 août, dites-vous que les places avaient déjà été prévues quelques mois auparavant. Bien, le 666 est resté 666. C'est dans la partie accessible au public du mémoire du ministre de l'Éducation et de la Santé, page 5, et on dit: «Le ministère annoncera, dans la présente politique triennale, un nombre d'inscriptions du contingent régulier fixé à 666 pour 2003-2004 et un minimum d'inscriptions de 666 pour les années subséquentes.» Alors, c'est tout; pour tout de suite, là, c'est tout.

Ce qu'a fait le gouvernement précédent? Vous vous rappelez tous les discours du ministre sur la nécessité et les engagements. La surenchère, elle a existé. On ne peut pas faire semblant de l'effacer. Savez-vous ce qu'elle était, la surenchère? À la page 16 du document *Partenaires pour la santé*, programme du Parti libéral du Québec: «Nous hausserons les admissions en médecine: 750 étudiants en médecine de plus que ce qui est actuellement prévu, soit en formation. Savez-vous ce que dit le mémoire ici? Les 750 sont devenus 150. C'est ça que dit le mémoire, vous voyez? Les 750, là, du *Partenaires de...* la plateforme libérale électorale sont devenus ceci: «Le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite augmenter le nombre d'admissions de 150 d'ici les cinq prochaines années dans le contingent régulier.»

M. le Président, si vous me permettez, je vous soumetts également ce document pour que vous puissiez en faire bénéficier tous les membres de la commission parlementaire.

Également, concernant la pénurie d'infirmières, en réponse à une question qui lui a été posée, le ministre a signalé qu'il y aurait un surplus d'infirmières... et qu'il y aurait plutôt un surplus d'infirmières alors que, ce que nous retrouvons dans le livre des crédits, c'est qu'il y a déjà une pénurie. Alors, comment est-ce qu'on peut réconcilier cette espèce de contradiction entre un surplus qu'il confirmait aux questions posées par les ministériels et puis, à la page 158 du livre des crédits, on lisait ceci: Pénurie d'infirmières. Au 31 mars 2003, nous estimons la pénurie globale d'infirmières à 1 294. Comment est-ce qu'elle aurait pu se résoudre en l'espace d'une année, n'est-ce pas? Et c'est la conclusion à laquelle il faudrait en arriver, compte tenu des propos que le ministre a eus.

Alors... et je sais qu'il n'entendait pas embaucher le trop-plein d'infirmières qui sortiraient des écoles au cours des prochaines années. Mais, pour tout de suite, là, nous laissons de faux messages circuler: il semble, selon les chiffres du ministère, qu'il y ait une pénurie d'infirmières.

Alors, voilà, M. le Président, je suis contente qu'on puisse poser ces questions. En date de 11 h 30,

après deux heures de questionnement du ministre, l'opposition avait pu obtenir 30 minutes. Alors, on voit que de part et d'autre il y a un exercice de mutuelle satisfaction, là, qui a pu s'exprimer au cours de notre première séance.

Mais il demeure, M. le Président, que l'examen de ces crédits fait partie d'une des fonctions essentielles du contrôle parlementaire. Il n'est pas normal que nous n'ayons pas les prévisions 2004-2005, et, je le répète, M. le Président, c'est essentiel que nous puissions travailler en toute connaissance de cause, notamment en matière d'équité mais, aussi, de déficit.

Nous n'avons pas les prévisions du ministre pour 2004-2005. Il autorise — il doit le savoir à l'avance — il autorise des déficits. Alors, pourquoi est-ce que ça ne se retrouve pas dans le livre des crédits et pourquoi est-ce qu'il ne nous a pas indiqué qu'il y avait un plan de remboursement de ces déficits autorisés?

Alors, voilà, M. le Président, après cette première séance, je dois vous dire qu'on est restés beaucoup sur notre appétit.

Le Président (M. Copeman): En parlant d'appétit, on va ajourner... suspendre bientôt. Mais, M. ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Oui. J'allais dire que c'est la preuve qu'il faut aller dîner, M. le Président, là. Mais j'aurais quand même quelques rectifications, là.

Infoway, là, Inforoute Santé Canada, ce n'est pas compliqué, adhérer à Inforoute Santé Canada. Si on avait voulu y adhérer, je vais vous donner la recette. Ça a pris deux conversations puis une lettre pour adresser à Inforoute Santé Canada, c'est fait. Mme la députée a eu la chose. Bien sûr, on y a adhéré en janvier. Alors, on a soumis des projets puis on attend des décisions dans les prochaines semaines. C'est bien naturel, c'est naturel que le délai se fasse. Mais, au moins, on est dans le processus, alors qu'auparavant on a comme d'habitude joué la politique de la chaise vide.

Pour ce qui est des prévisions, bien, franchement, il ne faudrait pas non plus tomber dans l'absurdité, là. Les cahiers des crédits en sont plein, de prévisions. Autant pour les fonctions nationales que les fonctions régionales que l'assurance maladie, les citoyens qui voudront se les procurer verront qu'ils en sont pleins. La seule chose qui manquait et que nous allons fournir à la députée, c'est le niveau d'investissements régionaux.

Maintenant, pour ce qui est des déficits d'hôpitaux, que son parti a mis au monde au cours des dernières années, nommez-moi un seul cahier de crédits où on a indiqué la cible d'atteinte d'équilibre budgétaire des hôpitaux dans les dernières années...

● (12 heures) ●

Une voix: ...

M. Couillard: ...dans les années précédentes. Nous, on va gérer ça de façon responsable.

Alors, effectivement, je sais que c'est triste à voir pour l'opposition de voir autant d'action en si peu de temps déjà puis autant de résultats concrets également en si peu de temps. Je les rassure, il y a encore quatre ans à notre mandat, encore beaucoup de belles choses à accomplir en santé et services sociaux, et

ils auront l'occasion d'en être témoins, comme l'ensemble de notre population, M. le Président. Et, sur ce, je nous souhaite à tous un bon appétit.

Documents déposés

Le Président (M. Copeman): Avant de suspendre, j'autorise le dépôt de 16 lettres, correspondance entre deux sous-ministres associés et les présidents-directeurs généraux des agences, qu'a demandé la députée. Alors, ces 16 lettres là sont déposées.

Document déposé

Il y a également un tableau: Coupures budget de fonctionnement des agences régionales. J'autorise le dépôt, mais je fais la remarque puis c'est une remarque générale, hein? C'est souhaitable, je crois, d'avoir une source pour ses tableaux, hein? La remarque vaut...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, mais, regarde, je comprends, mais le tableau qui est là n'indique aucune source. Ça vaut la peine à l'avenir, et ça vaut pour n'importe quel document qu'on souhaite déposer, d'avoir une source sur le document.

Document déposé

J'autorise également le dépôt de la partie accessible du mémoire au Conseil des ministres soumis par le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre de l'Éducation sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation de doctorat en médecine pour 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006.

Et, sur ce, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 13 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 1)

(Reprise à 13 h 6)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la Commission des affaires sociales reprend ses travaux. Chers collègues, nous avons un retard accumulé de 10 minutes. Alors, on verra vers la fin de l'après-midi, c'est-à-dire vers 16 heures, si on ne peut pas prolonger la séance de 10 minutes afin de récupérer ce retard. 10. Est-ce que, en principe, ça convient à tout le monde si on poursuit jusqu'à 16 h 10 afin de cumuler le déficit accumulé de temps évidemment?

Mme Harel: ...vous rembourser tout de suite, là, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Oui. Oui. Oui. Il n'y a pas d'intérêts à payer quand c'est une question de temps, là, on règle ça immédiatement, quotidiennement. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, je

présume que vous avez encore des sujets à aborder avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Mme Harel: Alors, quelques-uns, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Mme Harel: Merci. Cet après-midi, je souhaite que nous puissions particulièrement examiner la question des listes d'attente, des quotas également dans certaines interventions, notamment chirurgicales, et les retombées de l'adoption de la loi n° 25, en fait une loi qui porte sur les regroupements, les fusions d'établissements de santé et de services sociaux, de même les retombées de l'adoption sous bâillon de la loi sur les accréditations syndicales. Ce devrait être un programme possible, hein, dans les trois heures que nous avons cet après-midi. Je souhaiterais, M. le Président, que, pour le bénéfice des membres de la commission et du ministre, nous ayons la répartition du temps de la séance de ce matin, questions, réponses et également questions, réponses du ministre, alors...

Bon, on m'indique que, sur le total de ce matin, l'opposition a pu bénéficier de trois quarts d'heure... enfin, pas vraiment, 41 minutes. Alors, 41 minutes, et que donc le ministre a pu avoir à sa disposition un peu plus qu'une heure et quart quand on calcule les réponses à la fois de l'opposition et donc de la partie ministérielle. Alors, je pense qu'il ne faut pas s'éloigner du bon sens, hein, M. le Président, là. On est à la limite, là. Sur trois quarts d'heure de questions de l'opposition pour un contrôle parlementaire des crédits, on est à la limite, là, qu'il ne faut pas dépasser.

M. Marsan: ...M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Oui, M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui, ce serait une question de règlement. À ma connaissance, vous avez... tout de suite, d'entrée de jeu, ce matin, vous nous avez indiqué quelles seraient les règles du jeu. Vous avez autorisé sur consentement un premier bloc de la députée de l'opposition ou des remarques préliminaires, aussi du ministre de la Santé et des Services sociaux, et par la suite nous avons convenu qu'on pouvait questionner à l'intérieur de blocs de 20 minutes. Et je vous rappelle simplement que la semaine passée, avec le ministre de la Solidarité, de la Famille et de l'Emploi, bon, bien ça a relativement bien été. J'avais l'impression en tout cas, pour avoir participé au premier bloc de trois heures, que tout allait quand même assez bien et que le partage du temps était bien fait. Moi-même, je m'enquiers auprès de vous et auprès de notre secrétaire combien de temps qu'il reste à chacun des groupes parlementaires, et je suis et je demeure encore sous l'impression qu'on est à l'intérieur des règlements que vous nous avez édictés et que nous avons acceptés également. Alors, moi, je souhaiterais qu'on puisse poursuivre dans le même sens, M. le Président.

• (13 h 10) •

Mme Harel: Alors, M. le Président...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, la parole est à vous.

Mme Harel: ...ma remarque, d'aucune façon, n'interférerait sur la manière dont vous présidez nos travaux, mais c'est un appel au ministre pour avoir des réponses plus courtes, par exemple. Parce que, quand on pense que, sur le temps dévolu ce matin, l'opposition a eu à peine le quart en fait du temps, je trouve que vraiment, pour un contrôle parlementaire qui est l'exercice démocratique le plus important... La seule chose qu'on fait quand on est élu, c'est qu'on a le droit de prélever de l'argent. Les autres n'ont pas le droit. Il y a beaucoup de belles implications dans notre société, mais les seuls qui avons le droit, ce sont ceux qui siègent au salon au bleu... d'aller chercher de l'argent dans la poche des gens. Au moins, s'expliquer sur l'utilisation qu'on en fait.

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

M. Marsan: En terminant, avec votre permission. Bon, on demande au ministre d'avoir des réponses plus courtes, mais je suis certain que, s'il donne des réponses plus courtes, bien tantôt on va dire: Bien, il n'a pas répondu aux questions. Alors, c'est toujours un équilibre qu'il faut trouver et qu'il faut réussir à bien partager. Alors, merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Oui. Écoutez, évidemment l'étude des crédits est un échange. Les parlementaires sont maîtres du temps qu'ils ont à leur disposition, et je souhaite qu'on débute une série d'échanges. Alors, allez-y, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Notions de «délais médicalement acceptables» et de «délais exagérés» dans la gestion des listes d'attente

Mme Harel: Alors, M. le Président, ce matin, j'ai eu l'occasion d'aborder la question des listes d'attente non pas à partir des informations qui nous ont été transmises dans le livre des crédits, parce que finalement il n'y a rien ou sinon ça date d'il y a plusieurs mois, mais à partir des dernières données disponibles sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le 31 mars. Alors, je disais donc qu'il y a 39 705 Québécoises et Québécois qui attendent une intervention depuis plus longtemps que le délai qui est médicalement acceptable. Dans le document *Briller...* par quelque chose, là, je ne me rappelle plus sur quoi, mais enfin dans ce document le gouvernement libéral projette dorénavant de ne plus accepter d'attente exagérée. Alors, que signifie l'expression «exagérée»? Ce sera ma première question. Est-ce que le ministre considère exagérée l'attente hors des délais médicalement acceptables pour 39 705 Québécoises et Québécois?

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

M. Couillard: Bien, d'abord on vient d'entendre une bonne nouvelle, c'est une réduction de plus de 3 000

du nombre de patients hors délai par rapport à ce qui a été annoncé par mon prédécesseur vers février 2003, plus de 42 000 à 39 000. On est encore loin du compte, mais disons qu'on fait des progrès. Alors, quand on parle des attentes et des délais acceptables, on parle des délais médicalement acceptables qui ont été fixés en collaboration avec les organismes professionnels reconnus; par exemple, pour la chirurgie de la cataracte, six mois, pour la chirurgie avec hospitalisation, six mois également, de même que pour la chirurgie d'un jour, et les différents délais sont indiqués dans...

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Manifestement, M. le ministre en impressionne quelques-uns.

M. Couillard: Oui. Bien, c'est bien, on est visité par des gens d'une école de Saint-Jérôme que j'ai vus tantôt.

Le Président (M. Copeman): C'est... mais allez-y.

M. Couillard: Et donc il est possible maintenant également — puis ça vient d'être souligné — il est possible pour la population d'avoir une idée mensuelle sur le site Internet du ministère du nombre de patients en attente. Et là je crois qu'on doit saluer cet effort de transparence sans précédent, parce que, s'il y a bien une information qui était secrète auparavant, c'est bien celle-là. Maintenant, elle est disponible sur le site Internet du ministère, elle est mise à jour à la fin de chaque mois. Il faut être prudent dans les calculs et les additions parce que tous les établissements n'envoient pas leurs chiffres au même moment, de sorte que, nous, on s'est fixés des dates de tombée assez précises pour faire l'analyse de ces chiffres-là. Chose certaine, la situation s'améliore lentement sur le plan des patients en attente. Il faut réaliser que la production du réseau en termes de chirurgies a augmenté de façon spectaculaire, 30 % de chirurgies du genou, 17 % de chirurgies de la hanche, et en augmentant également avec ça les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation.

Bien sûr, l'attente augmente parallèlement, et c'est intéressant, c'est un phénomène qu'on retrouve dans toutes les législations, tous les gouvernements canadiens. Et j'en parlais récemment avec mon collègue de Colombie-Britannique où il y a exactement le même phénomène, c'est que la production en termes de chirurgie orthopédique augmente, puis le nombre de patients augmente également de façon à conclure que probablement ce qui arrive, c'est que les gens savent maintenant qu'ils ont une chance d'être opérés un jour. Puis moi-même, comme praticien, je me souviens d'avoir dit souvent aux gens: Je ne vous mettrai même pas sur la liste d'attente, monsieur, madame, c'est bien trop long, on va attendre puis éventuellement un jour, alors que maintenant la productivité du réseau ayant augmenté... Puis il faut aller encore plus loin, puis on aura l'occasion, parce que tantôt on a annoncé qu'on allait discuter de modernisation, puis j'ai hâte qu'on le fasse parce que je pense qu'il faut aller plus loin dans la façon dont on s'occupe des patients en attente au

Québec. On va donc continuer nos efforts de ce côté-là. Les données maintenant sont accessibles et transparentes. La demande augmente en même temps que la productivité du réseau, c'est une bonne nouvelle. Donc, les indices sur lesquels il faut se guider, c'est, d'une part, le niveau de production chirurgicale, d'autre part, le nombre de patients hors délai qui, on vient de le voir, a diminué légèrement mais a diminué par rapport à l'an dernier.

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

**Établissement d'un nombre maximum
d'interventions chirurgicales
dans certaines spécialités**

Mme Harel: Alors, M. le Président, je signale cependant au ministre et aux membres de la commission qu'il est impossible d'avoir quelque information sur le site du ministère en matière de radio-oncologie et qu'il a fallu les obtenir par l'Accès à l'information encore une fois. Alors, je constate que le gouvernement libéral, qui s'engageait il y a un an à éliminer les quotas, les a réintroduits. Par exemple, je lis ceci: En angioplastie, c'est la porte-parole du CHUM, Mme Provost, qui confirme que nous allions allègrement vers le 3 000 en coronographie... voyons! coronographie et angioplastie alors si nous ne mettons pas un frein. Donc, ils ont mis un frein. Depuis le mois de décembre, ajoute-t-elle, le CHUM limite le nombre d'angioplasties, communément appelées dilatations, que ses cardiologues peuvent effectuer chaque jour: deux, un quota de deux à Notre-Dame, deux ou trois à Saint-Luc, une ou deux à l'Hôtel-Dieu.

Alors, je ne sais pas si ça porte un autre nom, là, si le ministre a qualifié autrement, mais il semble que ça ressemble beaucoup, ça, à des quotas. La même chose quant aux défibrillateurs cardiaques. Je lis ceci: «Les listes d'attente pour en recevoir se sont mises à allonger parce que la Régie régionale de Montréal a décidé que les hôpitaux de l'île de Montréal n'en poseraient pas davantage que l'an dernier malgré la demande accrue.» Ça s'appelle aussi un quota.

Et, pour avoir encore la semaine dernière discuté avec les médecins concernés par la pose des tuteurs médicamenteux, alors je comprends que les médecins attendaient impatiemment, les cardiologues concernés attendaient impatiemment l'annonce qui leur avait été promise d'un exercice budgétaire du 1er avril, là, qui allait leur permettre de reprendre l'implantation de ces tuteurs médicamenteux.

Pour le bénéfice de tous, M. le Président, je comprends que l'avantage d'un tuteur médicamenteux, c'est qu'il prévient des réhospitalisations et il évite bon nombre de blocages, et donc de chirurgies à coeur ouvert. Le ministre, qui rentre de France, sait sans doute... Peut-être a-t-il visité la Salpêtrière, mais en France c'est 50 % de stents médicamenteux qui sont implantés pour les patients cardiaques. Le ministère avait annoncé dans une lettre signée par le sous-ministre, M. Bureau, en date du 19 janvier... elle avait donc annoncé qu'il allait soumettre au ministre la recommandation d'implanter 20 % des tuteurs médicamenteux. Il en reste encore un quota, là, que ce soient

dans les défibrillateurs cardiaques, en angioplastie ou dans les tuteurs médicamenteux. Et cette lettre n'a pas eu de suivi parce que les cardiologues attendent toujours le feu vert pour recommencer à implanter cette technologie qui promet à des patients d'éviter une réintervention.

● (13 h 20) ●

Alors, je voudrais simplement, M. le Président, demander au ministre s'il est toujours d'accord avec les déclarations qui ont été faites il y a un an à l'effet que... C'est une déclaration du premier ministre, alors chef de l'opposition, je le cite, c'était le 31 mars l'an dernier, en 2003: «Il faut donner des budgets pour opérer, il faut lever les quotas.» Alors, comment explique-t-il ces quotas en angioplastie, dans les défibrillateurs cardiaques, en... oui, effectivement, en tuteurs médicamenteux et en TEPscan? En TEPscan, je rappelle que le CHUM évaluait à 6 000... un besoin entre 4 000 à 6 000 examens TEPscan simplement au Centre universitaire de l'Université de Montréal, et là le ministre a annoncé un quota de 5 000 examens pour l'ensemble du Québec en y ajoutant un nouvel appareil à Laval. Alors, comment le ministre explique, là, ce revirement à 180 degrés en matière de quotas?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, heureusement, effectivement, on n'est plus à l'époque des quotas. Moi, je me souviens, dans l'hôpital où je pratiquais, il y avait un nombre de prothèses de hanche à poser, puis, rendu au mois de janvier ou décembre, on se faisait dire: Il n'y a plus de prothèses de hanche possibles. C'est arrivé dans plusieurs hôpitaux, ce n'est plus comme ça que ça se passe dans le réseau.

Puis on introduit des technologies, on le fait de façon raisonnée, en collaboration avec les gens qui sont les experts. Alors, je veux prendre les éléments un par un, parce qu'on a touché plusieurs éléments dans la question de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

D'abord, pour ce qui est de la cardiologie, alors, lorsqu'on parle de cardiologie tertiaire, on parle des chirurgies cardiaques, on parle des tuteurs ou des angioplasties puis on parle également des défibrillateurs. Pour ce qui est de la chirurgie cardiaque, il faut noter qu'il y a eu une diminution importante de la liste d'attente en chirurgie cardiaque, puisqu'il y avait 1 000 patients en 2000, il y en a autour de 490 actuellement dans tout le Québec en attente en chirurgie cardiaque, et c'est un domaine qui fonctionne actuellement très bien. Là où il y a un volume important de patients qui se présentent, c'est pour les angioplasties, les interventions sans chirurgie sur les coronaires.

Et là on a parlé spécifiquement du cas des tuteurs recouverts ou des tuteurs médicamenteux, alors, je l'ai déjà expliqué à l'Assemblée nationale, je vais recommencer à le faire, ce n'est pas des décisions qu'on prend sans argument scientifique. Ce sont des choses qu'on fait avec l'accord du réseau québécois de cardiologie tertiaire où on a, avec eux, fixé la cible de 20 % de patients en angioplastie qui doivent avoir ou qui nécessitent avoir une angioplastie avec un tuteur recouvert. Cette cible est acceptée, elle figure dans la revue de programmes. Ça va être fait cette année et dans

tous les établissements. Il n'y a aucun établissement où on a dit aux gens de ne pas poser des tuteurs en attente du... de budget. En fait, il s'en pose depuis le 1er avril et il s'en posait également avant le 1er avril sans difficulté, et on va continuer vers cette cible de 20 %. Ce n'est pas un quota, ça, M. le Président, c'est une cible qui est basée sur des données scientifiques faites en accord avec les autorités, là, de la spécialité concernée.

Même chose pour les défibrillateurs. Les défibrillateurs, il faut savoir qu'au Québec, par habitant, il s'en pose plus qu'en Ontario en passant. Alors, il faut donner la perspective juste à la population qui nous écoute. Puis on va continuer à les déployer, puis heureusement, cette année, on fixe l'indexation spécifique des établissements, donc elle est pourvue, et c'est avec ça que les gens vont pouvoir continuer à déployer cette technologie-là.

Pour ce qui est maintenant de la radio-oncologie, bien on nous fait mention de la liste d'attente, mais je me souviens, il y a quelques semaines, Mme la députée a mentionné qu'il y avait 198 patients en attente de plus de huit semaines si je me souviens bien. Bien, je suis heureux de dire à la population du Québec qu'en raison d'un effort très soutenu au niveau des établissements, au niveau des régions, au niveau du ministère, il y a actuellement, au dernier décompte, 111 patients en attente de plus de huit semaines pour tout le Québec. Alors, moi, je trouve que c'est 111 de trop. On veut éventuellement ne pas en avoir, c'est quelque chose qu'il est possible d'obtenir comme résultat. Parce qu'il y a deux erreurs encore là qu'il a fallu corriger: d'abord la mauvaise planification de la main-d'œuvre, autant les technologues que les radio-oncologues, et ensuite le manque de plateaux techniques. Alors, dans les deux cas, on corrige la situation, on augmente la main-d'œuvre et on augmente les plateaux techniques. Et on rend également les plages de traitement, dans plusieurs centres, beaucoup plus accessibles et beaucoup plus étendues, avec un effet pratique et concret sur le terrain, conçu d'ailleurs de façon hebdomadaire, M. le Président, et je pense que ça, c'est important de le dire.

Pour ce qui est de la technologie de tomographie par émission de positrons, il faut remarquer ici que les indications réelles, validées scientifiquement de cette technologie sont encore plus ou moins définies. D'ailleurs, les autorités américaines sont en train de revoir la situation à cet effet-là. On a décidé là encore de déployer la technologie prudemment, en commençant par nos centres universitaires, en donnant également des budgets de fonctionnement, comme on l'a entendu tantôt. Ces centres feront l'objet d'une étude prospective, continue au cours de l'utilisation de la technologie. Si cette étude s'avère concluante, nous allons passer à la deuxième phase de déploiement de ces instruments qui maintenant pourra intéresser les hôpitaux affiliés dans les régions urbaines et également les grands pôles régionaux. Et là, là-dessus, il faut le dire que dès cette année, déjà cette année, on est en avance sur le reste du Canada là-dedans, il y a plus d'appareils de tomographie par émission de positrons au Québec qu'il y en a dans la plupart des autres provinces canadiennes. Alors, soyons prudents dans les affirmations et les comparaisons.

Pour ce qui est également de la prudence, je me souviens, lorsqu'on parlait des tuteurs médicamentés, au même moment où on en parlait ici, il y avait un avis de la FDA, Food and Drug Administration, qui recommandait une surveillance en raison de quelques cas de mort subite associés à la mise de ces tuteurs-là. Heureusement, il semble que l'évolution de la situation n'a pas été aussi dramatique qu'on le craignait alors — et je parle d'il y a quelques mois — mais rappelons-nous d'être extrêmement prudents dans les évaluations de ces technologies. Rappelons-nous que les décisions en termes de volume doivent être basées sur des données scientifiques fiables et non pas sur les intuitions du moment. Alors, dans les cas des tuteurs médicamentés, des défibrillateurs, des tomographes par émission de positrons, c'est la façon dont nous allons procéder, M. le Président.

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

Mesures visant à réduire la période d'attente de traitement en radio-oncologie

Mme Harel: Alors, M. le Président, j'ai ici une liste d'attente au 31 mars 2004 selon le nombre de semaines entre la demande du radio-oncologue et le début du traitement. Il y a un total de patients en attente de traitement depuis plus de huit semaines en radio-oncologie qui est un total de 886. Sur ces 886, il y en a 163 — ça, c'est en date du 31 mars — 163 qui sont des patients du cancer du sein ou de la prostate et qui sont en attente depuis plus de huit semaines, dont 94 depuis plus de 12 semaines.

Le ministre disait au journal *La Presse*, je crois — oui, c'est bien cela — le 5 février dernier... il s'engageait, je le cite, «à ce que d'ici six semaines cette problématique de transfert [de patients d'une région à une autre] soit résolue». Alors, trois mois plus tard, on se rend compte qu'il y a encore des patients... Au Marriott, on me dit qu'il y a encore 40 patients de Montréal qui reçoivent des traitements de radio-oncologie à Québec. Alors, ces six semaines se sont transformées en trois mois. Doit-on croire que cela se terminera bientôt, d'autant plus que le ministre avait à sa portée un outil simple qui était celui qu'il a cessé d'utiliser en date du 31 décembre dernier et qui était d'assurer du temps supplémentaire dans les établissements de Montréal? Alors, d'une part.

Nombre d'implantations de tuteurs médicamentés autorisé annuellement

Deuxièmement, le ministre sait certainement que les pays avec lesquels, ma foi, on peut certainement se comparer, je pense, entre autres, à la France, en matière de tuteurs médicamentés, qui en fait l'implantation à 50 % des patients, 50 % en Australie, déjà en Ontario c'est à 30 %, 60 % aux États-Unis... Je peux comprendre, là, qu'on veuille être prudent, mais la question est la suivante: Puisque le sous-ministre Bureau annonçait donc un consensus à l'effet de retenir la règle du 20 %, peut-on demander au ministre, de manière opérationnelle, combien cela signifiera de tuteurs médicamentés qui seront implantés annuellement au Québec?

L'information que j'ai en date d'aujourd'hui, c'est que, malgré les promesses du ministère, les cardiologues n'ont toujours pas reçu les fonds nécessaires pour implanter ces tuteurs médicamentés qui peuvent avoir un immense impact, là, sur... Il y a des patients pour qui ça peut représenter ne pas être réhospitalisé, ne pas subir un reblocage avec une nouvelle chirurgie. Alors, ça représente quoi, là? D'abord, le montant, on n'a retrouvé ça nulle part dans les crédits, le 20 % et le nombre, 20 %. On me dit qu'il y a 15 000 dilatations coronariennes au Québec, alors 20 %, ça signifie 3 000. L'an dernier, le ministère en a octroyé 800, combien cette année?

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

• (13 h 30) •

M. Couillard: Alors, M. le Président, il y a eu plusieurs inexactitudes dans le début de la question de la députée pour laquelle je vais être obligé malheureusement de faire des corrections, ce qui bien sûr va allonger les réponses. On demande d'avoir des réponses courtes, mais, lorsque, dans la prémisse d'une question, on mentionne des choses qui sont inexactes, je ne peux pas faire autrement que de corriger.

Mesures visant à réduire la période d'attente de traitement en radio-oncologie (suite)

Lorsqu'on a parlé de l'engagement de cesser les transferts interrégionaux en dedans de six semaines, c'était pour l'Outaouais et l'Abitibi, région dans laquelle je me trouvais lorsque j'ai fait cette déclaration, et effectivement c'est ce qui s'est produit dans les faits, M. le Président. Il y a actuellement, en passant, au Centre hospitalier régional de l'Outaouais, zéro patient en attente depuis huit semaines et, chose intéressante, sans qu'ils aient eu besoin d'avoir recours à cette fameuse prime dont Mme la députée aime bien parler. Et ça, c'est un point très intéressant. Je ne veux pas trop empiéter sur la réponse, mais on pourra y revenir tantôt, qu'est-ce que c'était que cette prime, comment ça fonctionnait, quels effets ça a eus et comment les gens ont réussi à résoudre les problèmes parfois sans utiliser la prime après qu'elle a été interrompue au 31 décembre, et ça va permettre de débalancer certaines idées reçues.

Nombre d'implantations de tuteurs médicamentés autorisé annuellement (suite)

Maintenant, on parle avec... on compare avec la France bien sûr pour la question des tuteurs médicamentés, il s'en pose plus en France qu'ici. Par contre, si on va plus loin dans l'analyse, dans les défibrillateurs, il s'en pose beaucoup moins qu'ici. Alors, il y a des différences de pratique qu'il faut considérer. De la même façon, lorsqu'on parle des pourcentages ou des cibles qu'on veut obtenir dans les tuteurs recouverts, on parle d'une cible qui a été faite en conjonction avec le Réseau québécois de cardiologie tertiaire et non pas de façon arbitraire par le ministère lui-même.

En termes de nombre de patients et en termes de dépenses, d'après les informations dont je dispose, ça représente environ 2 600 patients au total de fait, le 20 %, et un déboursé récurrent d'environ 13 millions de dollars qui devrait pouvoir être pourvu cette année à

même l'indexation spécifique des établissements. Donc, ce qui est pourvu, c'est encore une fois inexact de dire que les praticiens dans les hôpitaux se sont fait dire de ne pas poser de tuteurs jusqu'à ce que les déficits soient pourvus, puisque nous avons adopté ici des crédits temporaires dans lesquels se trouvait une partie de cette indexation de système spécifique. Donc, dans tous les centres de cardiologie tertiaire, il est prévu que la mise en place de ces tuteurs est commencée sans interruption depuis le 1er avril et se poursuit en direction de la cible de 20 % qui encore une fois n'est pas une cible arbitraire, mais une cible qui est dégagée après consultation avec nos experts.

Mme Harel: M. le Président, écoutez, la bonne foi se présume, alors... Cependant, les cardiologues qui m'ont contacté sont en contact entre eux. Alors, on aura l'occasion cette semaine, lors des crédits de mercredi, de connaître leur réaction, parce que, en ce qui les concerne — et ils sont au premier chef les premiers concernés — ils n'étaient pas au courant que les fonds nécessaires, à la hauteur de 20 %, pour implanter les stents étaient autorisés.

D'autre part, je voudrais signaler au ministre, là, il ne faut pas trop lancer d'anathèmes ici, là, parce que, moi, j'ai lu l'article de *La Presse* du 5 février qui s'intitule *Radiothérapie: Des Montréalais traités à Québec et Trois-Rivières*, ça ne concerne pas ni l'Outaouais ni Trois-Rivières, ça concerne les Montréalais et ça dit ceci: «Aller à Québec ou à Trois-Rivières réduit l'attente, mais tous les malades ne peuvent pas s'éloigner de Montréal durant cinq semaines, même si le gouvernement paie le transport, l'hébergement et les repas.»

Alors, entre guillemets: «"Le ministre s'est engagé à ce que d'ici six semaines cette problématique soit résolue. On ne veut pas retomber dans le transport institutionnalisé", affirme la porte-parole du ministre de la Santé, Cathy Rouleau.» Et ça continue...

Alors donc, s'il y a confusion, là, elle est entretenue par la déclaration de l'attachée de presse du ministre, parce que les mots ont quand même un sens quand on les lit dans le texte entre guillemets.

Alors, M. le Président, j'aimerais que l'on puisse aborder la question de la loi n° 25, du regroupement des établissements de santé et de services sociaux. Oui.

Le Président (M. Copeman): On a dépassé un peu déjà l'enveloppe, Mme la députée. Si vous voulez partir un autre sujet, j'irai à ma droite puis je vais revenir à vous. Ça va? Mme la députée de Pontiac.

Bilan des mesures adoptées pour favoriser l'accès aux services en radio-oncologie

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Bonjour, collègues. Bonjour, M. le ministre. J'aimerais ça qu'on reparte un peu de la radio-onco ou dans le fond un peu de ce que vivent les gens qui sont confrontés à un cancer. On sait que ça augmente de 3 % par année. On sait aussi que, dans le traitement de cette maladie, ça implique beaucoup d'intervenants. À la page 63, quand je regardais la réponse aux questions particulières et je voyais qu'au 31 mars 2004 on pouvait voir qu'il y avait une diminution du nombre de personnes en attente, ça

doit être qu'on fait quelque chose de correct et qu'il y a eu des décisions qui ont été prises par le ministère qui donnent de bons résultats. Surtout quand on sait que, du 1er janvier 1999 au 31 janvier 2002, il y avait eu 1 600 patients qui avaient été traités aux États-Unis, on commence à réaliser qu'il doit y avoir quelque chose qui marche dans le système.

Ce que j'aimerais vous entendre nous entretenir, M. le ministre, c'est quelles sont les actions qui ont été entreprises pour continuer et dans le fond rendre de façon systématique l'accès aux services en radio-oncologie, et qu'on pourrait penser que, dans un avenir d'un an ou deux, qu'on ne voie à peu près plus de liste d'attente. Peut-être que deux, ce n'est pas réaliste, mais mettons qu'on se donne un échéancier de trois ans puis être capable d'arriver puis dire: Bien, on pourrait voir éventuellement une diminution ou à peu près une absence complète de liste d'attente.

M. Couillard: Alors, M. le Président, je voudrais d'abord, conformément à ce qu'on s'est engagé de faire ce matin, déposer les crédits régionaux région par région. Ce montant exclut les montants du programme d'économie familiale pour l'aide à domicile et également les loyers de CHQ qui sont comptabilisés à part, qui ne sont pas des montants importants de toute façon, mais qui vont donner une bonne idée de la croissance, comme je le disais, des crédits dans toutes les régions du Québec. Alors, si vous voulez examiner le tableau.

Maintenant, pour ce qui est de la radio-oncologie, effectivement on fait encore face à une situation où il y a 111 patients. Je vais déposer tantôt le tableau le plus récent, parce qu'on suit la situation de façon hebdomadaire. On est rendu à 111 patients dans tout le Québec qui sont en attente de plus de huit semaines pour les traitements de radiothérapie, et ça, on a obtenu cette amélioration, qui n'est pas encore suffisante parce qu'un patient de plus de huit semaines, c'est un patient de trop, puis on veut qu'il n'y en ait plus du tout, d'abord et avant tout en amenant les établissements à ouvrir leurs plateaux techniques de façon plus prolongée, à tous les jours, et également en ayant une planification intégrée de la main-d'oeuvre autant pour les technologues que pour les radio-oncologues, et également pour le déploiement des nouveaux accélérateurs partout. Alors, il y a actuellement plusieurs hôpitaux au Québec qui n'ont, à toutes fins pratiques, plus de liste d'attente en radio-oncologie. Certains de nos gros centres montréalais, dont notamment l'hôpital Maisonneuve-Rosemont pour le cancer de la prostate — mais il faut savoir qu'il y a une spécialiste de référence pour le cancer de la prostate à Maisonneuve-Rosemont — ont encore des problèmes, mais on va voir à la lecture de ça qu'il y a une amélioration continue.

Alors, qu'est-ce qui arrivait jusqu'au 31 décembre? On avait mis en place cette mesure qu'on qualifie de temps de prime, et en fait il s'agissait d'une prime monétaire donnée par patient. Alors, plus on fait de patients, plus on a d'argent. Alors, un des effets malheureusement pervers de cette politique-là, ça a été d'amener de façon un peu automatique les établissements à concentrer un grand nombre de, entre guillemets, petits cas après les heures ouvrables et de faire juste les cas plus importants pendant le jour de façon à

répartir ces primes-là. Il faut savoir que deux tiers des hôpitaux qui les recevaient avaient également demandé d'en être libérés. Il faut savoir également que, même dans les quelques établissements où nous l'avons rétablie, dont le CHVO que vous connaissez bien, la situation s'est rétablie sans qu'ils aient eu à utiliser cette prime. Ce qu'on fait actuellement, c'est qu'on négocie avec les technologues des mesures de temps supplémentaire qui sont compétitives avec le reste du réseau et qui sont également équitables si on considère la situation des infirmières ou des préposés et d'autres techniciens auxquels on demande également du temps supplémentaire et auxquels on demande beaucoup pour améliorer les services à notre population.

Donc, on a d'abord augmenté l'accessibilité dans les plateaux techniques et on a également adopté avec — ce qui est une nouveauté — avec les représentants des technologues et des centres de radio-oncologie une répartition de la nouvelle cohorte de technologues pour juin 2004 de façon à ce que ces technologues soient prioritairement affectés aux endroits en difficulté, dont le CHVO, comme vous le savez, qui doit vivre avec une pénurie particulièrement aiguë. Donc, on a établi un ordre de priorité pour les places de stages également offertes en formation. On aide l'installation des finissants en région et on permet l'accès, là, à une bonification de la rémunération qu'on est en train de finaliser actuellement avec les centres et les radio-oncologues. Alors, on veut continuer cet effort-là. 111 patients, c'est beaucoup mieux que c'était auparavant, mais c'est encore 111 de trop. Je le répète, on ne se satisfera pas de ça, on est capable de faire beaucoup mieux encore. On est capable d'arriver, je dirais, dans un avenir raisonnable à ne plus avoir de patients hors délai de plus de huit semaines.

Maintenant, lorsqu'on commente sur le fait qu'il faut encore déplacer les malades de Montréal parfois à Trois-Rivières — c'est surtout à Trois-Rivières que les patients de Montréal, on leur offre d'aller — c'est quand même surprenant qu'on nous reproche ça de la part d'un parti politique qui mettait les gens dans les autobus pour les envoyer aux États-Unis. Il faut quand même, là, faire la part des choses. Et, nous, au moins on traite les gens chez nous, au Québec, et ils sont traités dans les délais requis, et actuellement il y a une possibilité pour tous les patients d'être traités quelque part au Québec dans les délais requis. Bien sûr, il y a des personnes également, pour des raisons personnelles, qui ne veulent pas, qui préfèrent rester près de chez eux, et on est d'accord avec le principe qu'il faut avoir les services près de chez soi le plus possible. Mais actuellement c'est comme ça qu'on fait un progrès, en agissant de façon ordonnée et cohérente sur les techniciens en radio-oncologie, en augmentant les plages d'ouverture des différents plateaux techniques et en offrant des corridors de services ou la possibilité d'être traité ailleurs à l'intérieur des délais si les gens l'acceptent, compte tenu du fait qu'effectivement on rembourse les dépenses de déplacement, et de logement, et d'hébergement des gens qui doivent se déplacer. Mais notre objectif bien sûr est que les gens disposent d'un plateau technique de radio-oncologie à l'intérieur des délais, accessible à proximité de chez eux le plus tôt possible.

● (13 h 40) ●

Mme L'Écuyer: Merci, ça va.

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

**Contrats d'affiliation entre des CLSC
et des centres hospitaliers pour les
accouchements par des sages-femmes**

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. M. le ministre, avant le dîner, vous parliez d'une entente pour l'accouchement en centre hospitalier fait par des sages-femmes. J'aimerais savoir s'il y a d'autres développements à venir à ce niveau-là, est-ce que...

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

M. Couillard: Alors, on sait que... M. le Président, on sait qu'il y a d'autres centres hospitaliers qui négocient avec des CLSC pour faire une entente semblable à celle qui a lieu entre le CLSC du Lac-Saint-Louis et l'Hôpital de LaSalle. Je ne veux pas les nommer tous, de peur de manquer de... d'être trop... pas assez exhaustif et qu'il y ait des gens qui se plaignent qu'on ne les ait pas mentionnés, là, mais, dans plusieurs régions, il y a des centres hospitaliers qui négocient avec les CLSC pour avoir un contrat d'affiliation basé sur celui de LaSalle puis du Lac-Saint-Louis. C'est la raison pour laquelle tantôt j'indiquais que, pour les infirmières praticiennes de première ligne, on veut procéder de la même façon, en ayant d'abord un accord-cadre entre les deux ordres professionnels qui peut par la suite s'appliquer dans chacun des milieux où on veut le faire.

Maintenant, pour ce qui est des autres possibilités d'action pour les sages-femmes, on a le règlement pour l'accouchement à domicile et les règlements sur l'accessibilité, le mode de transfert de la responsabilité d'une personne... de la sage-femme au médecin qui est en voie d'adoption et qui est actuellement en cheminement au Conseil exécutif, qui devrait, nous l'espérons, être adopté assez prochainement, de sorte que là on donne la possibilité aux Québécoises qui le désirent d'avoir recours aux services d'une sage-femme dans chacun des trois milieux où on peut accoucher: l'hôpital, le domicile dans certaines conditions, et les maisons de naissance.

Mme Charlebois: Merci.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, c'est une question qui m'intéresse. Je me souviens très bien, lors du débat autour de la création de l'Ordre des sages-femmes, le projet de loi, je pense, débattu ici, dans cette même salle, il y avait question à ce moment-là de l'accouchement à domicile. Il a fallu attendre, je crois, un projet de règlement initialement de l'ordre.

Je me sens un peu interpellé, ma dernière, ma fille était née — je pense que Mme la députée de d'Hochelaga-Maisonneuve se souvient — dans une maison de naissance, celle de Côte-des-Neiges, par sage-femme. Ça a été une expérience absolument fantastique. Et il y avait un certain laps de temps entre la naissance de mes deux garçons en centre hospitalier qui

a été plus ou moins une expérience agréable. Je comprends, la pratique a changé même depuis la naissance de mon fils aîné il y a maintenant 18 ans. Alors, je pense que l'atmosphère, l'ambiance a changé même à l'intérieur des centres hospitaliers, mais ce que vous nous signalez, c'est que... Est-ce que l'ordre a procédé à une ébauche de décret pour l'accouchement à domicile? Et c'est celui-là qui, entre autres, était à l'étude au Conseil des ministres? C'est bien ça?

M. Couillard: Oui. C'est en fait un règlement qui est double, deux règlements, et que ça a été fait d'abord en collaboration entre les deux ordres, l'Ordre des sages-femmes et l'ordre des médecins, le Collège des médecins. Le premier de ces règlements vise à statuer sur les conditions dans lesquelles il est raisonnable et sécuritaire de faire un accouchement à domicile, et l'autre, quelles sont les conditions dans lesquelles il doit y avoir transfert de responsabilité de la dame qui accouche à un médecin spécialiste et quelles sont les conditions et les circonstances dans lesquelles ce transfert doit se faire. Alors ça, c'est le règlement qui va bientôt devenir concret.

Pour ce qui est du cadre et du contrat, là, je parle d'un contrat entre un centre hospitalier et un CLSC, qui va devenir d'ailleurs beaucoup plus simple avec les réseaux intégrés, où on a établi, dans le cas de l'hôpital LaSalle et du CLSC du Lac-Saint-Louis, une sorte d'affiliation type qui peut être utilisée dans d'autres régions après qu'on ait eu l'assentiment des deux ordres professionnels.

Mais je tiens quand même à dire, comme vous l'avez mentionné à la fin de votre question, que, dans les centres hospitaliers, les pratiques se sont considérablement modifiées. Il y a beaucoup plus de cohabitation ou c'est, je dirais, quand même moins médicalisé dans les hôpitaux que c'était il y a quelques années. Puis il y a encore beaucoup de femmes québécoises, en fait la majorité, qui désirent accoucher à l'hôpital. Alors, il faut quand même leur donner la possibilité de faire ça dans le milieu de leur choix. Et la différence, c'est qu'au Québec, par rapport à des pays européens où c'est la norme, on n'a encore que peu de présence des sages-femmes dans le milieu hospitalier. On espère que ça va augmenter avec les années.

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

**Bilan du transfert de la gynécologie
de l'Hôpital du Saint-Sacrement
au Centre mère-enfant de Québec**

Mme Roy: Puisque l'on parle de bébés, M. le Président, le centre... la nouvelle... je vais parler un petit peu de ça puis, après ça, j'irai sur un autre sujet. Le Centre mère-enfant, le nouveau Centre mère-enfant ne me semble pas avoir rencontré beaucoup de... je dois dire, d'adhésion dans le milieu de ceux qui nous prodiguent les soins en obstétrique et gynécologie. Je sais même que deux médecins gynécologues ont décidé de cesser de faire des accouchements, que le système ne semble pas fonctionner au niveau des rendez-vous, que la superficie de la pouponnière au Centre mère-enfant a

diminué de moitié pour favoriser la cohabitation, ce qui reçoit aussi une certaine rigidité, en tout cas une certaine... à l'égard de ces pratiques-là. Je voudrais savoir, M. le Président, si le ministre entend rencontrer le milieu pour voir s'il n'y aurait pas lieu d'avoir un petit peu plus de souplesse ou d'accommoder et de rendre le transfert de l'Hôpital Saint-Sacrement à celui du Centre mère-enfant plus facile.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, la première chose que je voudrais dire, c'est qu'il ne faut pas transformer une bonne nouvelle en mauvaise nouvelle, là. C'est une bonne nouvelle à Québec qu'on ait un des centres mère-enfant les plus modernes en Amérique du Nord qui vient d'ouvrir. Effectivement, s'il y a quelque chose à dire, c'est qu'il est victime de son succès. Il y a énormément de demandes pour avoir des accouchements à ce centre-là, et peut-être qu'on n'était pas prêt à faire face à ce volume aussi rapidement. Moi, je dis: Laissons la chance aux gens de s'organiser localement. Ces locaux-là ont été planifiés d'après les normes internationales, en collaboration avec les équipes de soins. Moi, je n'ai aucun doute dans mon esprit que le fonctionnement va s'en trouver amélioré. On est là pour accompagner bien sûr d'abord le niveau régional, parce que c'est au niveau régional que cette chose-là doit d'abord se discuter, mais on est là pour aider et favoriser l'ajustement dans une période où il y a certainement un engouement de la population. Puis, au contraire, il ne faudrait pas laisser planer l'idée que l'endroit est boudé par les femmes qui veulent accoucher; au contraire, il y a une demande très importante. Et on s'attend à ce qu'il y ait une période de rodage, on va laisser les gens s'ajuster, peaufiner leur organisation. Une fois cette période passée, s'il y a lieu d'avoir des ajustements plus importants, bien là on sera au rendez-vous. Mais rappelons-nous que c'est une bonne nouvelle pour la ville de Québec.

Intentions concernant la réévaluation du mode de fonctionnement des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Mme Roy: Bon, un sujet qui est cher au sein de notre aile parlementaire, c'est les CHSLD. Je voudrais savoir si on a l'intention d'envisager une nouvelle façon de revoir ensemble les conditions de vie de nos aînés. Actuellement, ce qui est plutôt mis en place ou favorisé, c'est le maintien d'un système de plaintes, aussi le maintien d'une équipe d'évaluation des CHSLD de façon assez catégorique. Le système de plaintes, c'est un système de confrontation, c'est un petit peu le système des procès, est-ce que... la plainte est-elle fondée, n'est-elle pas fondée. C'est tout un système qui amène l'intimidation. Quand on voit que, dans le domaine juridique, le domaine qui est plutôt le domaine où on a une façon de faire d'opposition, puis qu'on essaie d'insérer la médiation dans ce genre de système là, et que dans notre système de santé où on a des personnes qui doivent souvent faire face au système puis ils sont souvent aussi dépendants du système, la question de porter des plaintes, c'est très difficile.

Vous avez, dans le but, là, d'examiner plus précisément, là, les milieux de vie, mis en place une équipe qui se promène dans les CHSLD. Mais prenons seulement le cas de Saint-Charles-Borromée. M. Camera dit que quatre jours dans l'établissement, ce n'est pas assez pour savoir ce qui se passe, ce n'est pas assez pour faire vraiment un diagnostic. Dans son enquête, il le dit à la page 4: «On comprendra que l'équivalent de quatre journées à la résidence Saint-Charles-Borromée n'a pas permis aux enquêteurs d'apprécier toute la réalité de la résidence Saint-Charles-Borromée.» Je pense que, quand on fait des enquêtes, ça en prend beaucoup plus que ça, qu'une visite, pour trouver les problèmes de fonctionnement spécifiques dans chacun des CHSLD.

Ce qu'il relevait aussi, c'était que les plaintes étaient traitées à la pièce. Je pense que c'est ce qu'on fait à la grandeur du Québec: on traite à la pièce les problèmes dans chacun des établissements. Et puis aussi ce qu'on fait après ça, c'est des rapports de vérification et des recommandations. Inspirons-nous encore du cas de Saint-Charles-Borromée, il y a un rapport de vérification ministériel en 1995, toutes les recommandations ont été suivies, puis on se retrouve plusieurs années après avec encore un problème. C'est peut-être qu'il y a lieu de se demander plus profondément ce qu'on devrait faire plutôt que de dire: Bon, bien, notre système, on va le laisser comme ça, on va laisser des plaintes, on va laisser des enquêtes. On l'a déjà essayé, ça, puis ça ne fonctionnait pas. Si ça fonctionnait, on le saurait, ça aurait marché dans le cas de Saint-Charles-Borromée, on ne l'aurait pas échappé.

• (13 h 50) •

Moi, je m'inspire un peu de la maison Carpe Diem — vous avez dû en entendre parler — puis, eux autres, leur fonctionnement, ça a été de changer l'éthique, la culture du personnel, c'est de dire que dans la plupart des personnels... Le personnel des CHSLD sont de bonne foi, mais ils ont été formés pour prodiguer un milieu de soins. Quand on parle de Carpe Diem, c'est un milieu de vie. Donc, c'est une nouvelle culture, de nouvelles valeurs, et il y aurait lieu de mettre en place ces nouvelles valeurs là, ou en tout cas en faire la promotion, ou en faire l'étude si on ne pourrait pas étendre cette façon-là de voir les choses. Mais actuellement, dans le milieu public, la tarification est en termes d'heures, le soins-heure, et puis ça devient... cette façon de calculer là peut avoir des effets pervers. Et, quand on regarde des milieux de vie où on réussit à avoir le moins de soins-heure possible parce que, par cette approche-là, on a fait cheminer les malades plus longtemps sans contention chimique, sans contention physique, ça aurait eu pour effet, si cet organisme-là aurait été dans le milieu public, de diminuer son budget parce qu'il y a moins d'heures.

Voyez-vous, il y a plusieurs problèmes de fond dans le système des CHSLD, puis, dans l'éventualité où les baby-boomers s'en viennent aux portes des CHSLD, il faut s'en occuper tout de suite, le faire comme on l'a fait pour nos écoles voilà 40 ans, lorsque c'est eux autres qui... les baby-boomers entraînent à l'école. On a fait une commission d'enquête, on a été au fond des choses puis on fait des changements qui ont permis à la société québécoise de devenir une des sociétés les plus éduquées, de passer des moins éduquées aux plus éduquées.

Les CHSLD... Cette même cohorte de personnes là arrive aux portes des CHSLD. Il n'y aurait pas lieu de revoir en profondeur ces modes de fonctionnement là?

M. Couillard: Bien, M. le Président, il y a plusieurs éléments dans la question, là. D'abord, la question de Saint-Charles-Borromée, effectivement le problème, on mentionne 1995, mais en fait c'est plus ancien que ça. Moi, j'ai vu des découpures de journaux de 1971 qui parlaient essentiellement des mêmes problèmes à Saint-Charles-Borromée. Alors, on avait là un problème organisationnel, un problème de culture dans l'établissement assez profond, raison pour laquelle l'établissement a été mis en administration provisoire, en tutelle, comme on dit. Et il l'est encore, et la tutelle a été renouvelée, et on a bon espoir — et c'est le cas d'ailleurs — que notre tuteur actuel fait oeuvre très utile là-bas en instaurant une nouvelle façon de s'adresser aux conditions de vie des personnes qui sont hébergées.

Maintenant, pour ce qui est du problème plus large des personnes en perte d'autonomie, on a entièrement raison de dire qu'il faut viser des approches novatrices et autres que celles qu'on voit en institution. Donc, il faut viser un maintien à domicile plus prolongé, il faut viser les formules alternes comme celles de Carpe Diem, que j'ai eu l'occasion de visiter, et viser un taux d'institutionnalisation de nos personnes âgées qui reste à une limite correcte. Maintenant, en faisant ceci, on va nécessairement alourdir la clientèle dans les CHSLD, parce que, à mesure qu'on va retarder l'entrée des gens dans les CHSLD, ceux qui vont finalement y rentrer vont être des gens en grande, grande perte d'autonomie, avec des demandes considérables en tant que services quotidiens d'hygiène et de services de ce type-là. Donc, il ne faut pas penser, et c'est illusoire de penser que la clientèle des CHSLD va s'alléger. Au contraire, avec les années, elle va s'alourdir, il faudra que les ressources suivent dans les établissements. Et ce qu'on doit faire, c'est développer le plus possible ce concept de milieu de vie non seulement dans les institutions de soins prolongés, mais également dans le soin à domicile puis dans les projets de partenariat que nous avons commencé à mettre sur pied de façon à ce qu'on ait des îlots de vie qui correspondent le plus possible à des îlots de vie naturels ou des milieux de vie naturels pour nos personnes âgées, dans lesquels les services à domicile peuvent être déployés de façon plus prolongée.

Et bien sûr les crédits ont suivi. Cette année, je mentionnais l'ajout de 67 millions qui va être 80 millions annualisés l'an prochain pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui s'ajoute à 50 millions l'an dernier. Donc, il y a un effort continu qui se fait non seulement en termes d'ajouts budgétaires, mais également en termes de concept, de philosophie, de façon à ce que les gens soient chez eux le plus longtemps possible. Parce qu'on estime qu'il y a environ 3,5 % des personnes âgées qui devraient être en institution d'après les normes internationales; au Québec, on est plutôt près de 4 %. Donc, on a — et on le vérifie dans certains établissements ces temps-ci — on a, dans beaucoup d'établissements de soins prolongés, certaines personnes qui pourraient être ailleurs, qui auraient pu rester à domicile plus longtemps, et c'est cette direction qu'on doit prendre, comme l'ont fait certains pays européens

en particulier avec succès, ce qui a amené les gens à être traités avec plus de dignité et plus de continuité près de leur milieu. Alors, c'est la direction qu'on entend suivre.

Pour ce qui est du système de plaintes, comme vous le savez, il est à l'étude actuellement. Le comité d'étude doit me remettre son rapport de façon incessante, et nous aurons par la suite des annonces à faire tant qu'aux suites que nous donnerons à ce rapport.

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

**Mesures visant à favoriser le transfert
en hébergement de personnes âgées en perte
d'autonomie occupant des lits de courte durée**

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. M. le Président, il y a un peu plus de 5 600 personnes âgées en perte d'autonomie qui sont en hébergement, mais dans des lits de courte durée. Alors, nous retrouvons ça... c'est encore une fois une information qu'on retrouve dans le livre des crédits. Quels sont les plans du ministre à l'égard de ces 5 600 personnes, là, très âgées et en perte d'autonomie qui attendent un hébergement?

M. Couillard: ...le chiffre va demander à être vérifié, mais je n'ai pas de problème sur le concept même qu'il y a plusieurs personnes en perte d'autonomie dans les lits de courte durée. Ça, c'est quelque chose sur lequel on s'entend très bien. Je note quand même au passage qu'entre 1995 et 2000 il y a eu environ 4 000 lits de fermés, au Québec, de soins prolongés, il faut quand même que ça rentre quelque part dans l'équation.

Comment est-ce qu'on va s'occuper de ce problème-là? Bien, d'abord en déployant des meilleurs services de maintien à domicile. Une des raisons pour lesquelles les gens sont dans les lits de courte durée, c'est qu'ils n'ont pas nécessairement besoin d'aller en institution de soins prolongés, mais ils auraient besoin de soins à domicile intensifs pour au moins le temps qui suit leur sortie de l'hôpital, de soins aigus, et c'est ce qu'on fait, et c'est notre priorité actuellement.

On veut également déployer plus de milieux d'hébergement qu'on pourrait qualifier de naturels, autres qu'institutionnels. Parce qu'on a développé au Québec l'impression que, pour qu'une personne âgée en perte d'autonomie soit traitée et correctement hébergée, il fallait que ce soit dans une grande boîte, dans un hôpital de soins prolongés. D'après moi, ce n'est pas un bon choix. Et pas uniquement d'après moi, d'après plusieurs analystes du milieu, il faut viser des milieux naturels en partenariat avec le milieu privé, communautaire ou associatif, comme on a commencé à le faire cette année, et viser des échelles beaucoup plus humaines de milieux d'hébergement et un meilleur déploiement de services de proximité.

Alors, oui, il faut d'abord rénover plusieurs lits de soins prolongés. Sans vouloir devancer le rapport qu'on fera des visites qu'on a faites dans les CHSLD, une des constatations qu'on va faire, c'est certainement la vétusté de certains lieux. Il faut remettre à niveau des lits de soins prolongés, il faut en développer des nouveaux, mais il faut faire attention de conserver une

cible de taux d'institutionnalisation qui nous rend comparables aux autres pays dans lesquels on déploie des approches beaucoup plus naturelles, beaucoup plus propres des besoins réels des gens et beaucoup plus proches de leur milieu de vie. Et c'est la façon dont on va s'y prendre, M. le Président, pour résoudre ce problème très important.

Mme Harel: Oui. M. le Président, à la page 299 du livre des crédits, on y lit ceci: Nombre de nouveaux centres hospitaliers de soins de longue durée, nombre de nouvelles places en 2003-2004, et la réponse: Aucun. Alors, peut-on m'indiquer, pour 2004-2005, parce que nous n'avons toujours pas les prévisions, où se trouvent les prévisions, dans le livre des crédits, des nouvelles places?

Explications au sujet de l'Annulation du forfaitaire 2003-2004

Et j'apprécierais beaucoup, à la page 37 du livre des crédits où on retrouve les coûts du système réseau... Et à la page 37, dans ces coûts du système réseau, il y a un élément que l'on retrouve à divers autres moments dans les livres de crédits, mais jamais explicité qui s'intitule Annulation du forfaitaire 2003-2004, 43 912 000 \$. Quel est ce forfaitaire? Prenez le tableau à la page 37, là, vous allez le voir, 43 millions, presque 44. Ça vaut la peine au moins d'avoir une explication. Et c'est indiqué donc Annulation du forfaitaire 2003-2004. Ça, c'est ma deuxième question.

Toujours sur ces coûts de système réseau, l'équité interrégionale, où se trouve-t-elle? On n'a trouvé nulle part... Le ministre dit: Ce n'est pas une ponction, on ne prélève rien, on n'en prend pas à certains pour en donner à d'autres. Alors, ça veut dire qu'il en ajoute. Où se trouvent les crédits qu'il ajoute?

M. Couillard: M. le Président, pour ce qui est de l'aspect de forfaitaire qui a été mentionné, c'est que le montant n'avait pas été payé comme prévu en 2002-2003 et il a été payé de façon forfaitaire en 2003-2004. C'est une question de négociation, le montant de 43 millions, là, que vous avez mentionné tantôt, là.

Mme Harel: ...était-il destiné?

M. Couillard: C'est un règlement de... avec les syndicats, là, un règlement de convention collective. Maintenant, l'autre question était...

Crédits alloués à l'atteinte de l'objectif d'équité interrégionale

Mme Harel: Toujours dans ces coûts de système réseau, où se trouve l'équité interrégionale? Le ministre dit qu'il n'en prend pas à Pierre pour donner à Jean puis qu'il en ajouterait. Où les ajoute-t-il, les coûts de l'équité interrégionale?

M. Couillard: Bien, dans les budgets régionaux. Je les ai déposés tantôt, les budgets régionaux.

● (14 heures) ●

Mme Harel: Mais, spécifiquement dans les coûts d'équité, vous mettez combien dans l'équité, cette année?

M. Couillard: Ah! ça va être... c'est difficile de le quantifier pour l'instant, ça va être plus apparent lorsqu'on regardera les chiffres région par région, que vous avez en main d'ailleurs. Parce que, là-dedans, il y a plusieurs choses: il y a le coût de base, il y a le coût de système général, il y a le coût de système spécifique, il y a des développements minimum de 50 %. Et la façon dont on minimise les écarts interrégionaux, c'est au niveau du pourcentage de développement qu'on donne d'une région à l'autre. Mais ça, c'est pour cette année, ça?

Une voix: 30 millions...

(Consultation)

M. Couillard: Alors, pour cette année... Oui?

Le Président (M. Copeman): Excusez-moi. Juste sur la question... pour votre information, sur la demande de dépôt... M. le ministre, sur votre demande de dépôt pour les dépenses par région, on m'indique qu'il y a possiblement une erreur dans le tableau...

M. Couillard: Correction.

Le Président (M. Copeman): ...et on me demande de ne pas procéder au dépôt de ce tableau; alors, je ne le ferai pas. Et je comprends d'ailleurs que, d'ici la fin de cette séance, on va arriver avec un tableau corrigé pour dépôt. Alors, juste pour vous indiquer que les parlementaires n'ont pas, dans l'opposition, ce tableau encore parce que, semble-t-il, il faut procéder à une correction. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Oui, on va corriger donc un élément qui ne change pas... Vous allez me donner deux minutes pour parler avec mes collègues, là.

(Consultation)

M. Couillard: Cette année, on m'indique que l'argent qui est dévolu à l'ajustement des inéquités interrégionales est autour de 30 millions de dollars.

Mme Harel: Alors, M. le Président, lors de l'étude des crédits provisoires, j'interrogeais le ministre sur la question, et il me répondait ceci: Disons que pour, cette année, il y a environ 60 millions de dollars qu'on va pouvoir mettre là-dedans, 60 millions sur une cible de 300 millions à peu près. Alors, je comprends que le ministre a réduit ce chiffre à 30 millions. C'est bien ce que je dois comprendre?

M. Couillard: Oui, on s'est donné comme philosophie finale de bien implanter le mode d'allocation, de ne pas bousculer les gens, d'y aller de façon plus graduelle, surtout pour la première année, de façon à ce qu'on puisse bien «monitoner» sur le terrain ce qui va arriver. La cible globale est la même. Le nombre

d'années nécessaires est le même, le rythme va dépendre également du mode d'implantation dans la première année. En fait, ce sont les régions elles-mêmes qui nous ont demandé d'être plus prudents dans l'étalement ou dans la façon de disperser la correction de l'inéquité.

Mme Harel: Alors, je comprends, M. le Président, que les régions vont recevoir un budget, et, sur ce budget, il y aura déjà une cible de compressions qui va équivaloir à 30 millions, soit sur le budget de développement soit sur le budget d'indexation spécifique au réseau. Mais, le 30 millions, il n'est nulle part ailleurs que dans la répartition des budgets aux régions. Vous ne pouvez pas l'inventer, le 30 millions, il n'est pas dans vos budgets, nulle part. Vous me dites qu'il est réparti en région. Donc, les régions vont devoir autofinancer cette équité interrégionale.

Tantôt, une question vous était posée concernant la réduction des listes d'attente. Et notre collègue Mme la députée souhaitait que cela puisse se corriger entièrement d'ici deux ans, même dire peut-être trois. Mais, à la question posée, dans le livre des crédits, à la page 64: Quel est le budget spécial investi en 2004-2005 afin de réduire les listes d'attente? La réponse, c'est celle du budget 2003-2004. Donc, il n'y a pas de nouvelle somme d'argent que celles qui ont été investies en 2003-2004, et donc on doit s'attendre... il y a 40 000 personnes en attente, des patients hors délai médicalement acceptable en 2003-2004, sans budget spécial 2004-2005. Il faut comprendre que la situation va rester la même. C'est d'ailleurs ce que signalait le ministère en nous disant que la situation est restée... les termes utilisés, c'est «stable».

Alors donc, je vous disais, M. le Président, qu'il... Et également là je constate aussi qu'il n'y a aucune nouvelle place en centre d'hébergement et qu'il n'y en a pas de prévue pour 2004-2005. Dans les prévisions qu'on a demandées, il n'y a aucune prévision pour 2004-2005.

**Loi sur les agences de développement
de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux (RLSSS)**

**Réaction du ministre
aux recommandations de l'Agence
de développement de RLSSS de Montréal**

Alors, si on peut entreprendre peut-être maintenant l'étude des suivis et des incidences, là, de l'adoption sous bâillon de la loi n° 25, loi regroupant les établissements de santé et de services sociaux, vous verrez, j'ai un dossier abondant, il s'agit de déclarations faites un peu partout à travers le Québec; j'y reviendrai sur chacune d'elles.

Mais je voudrais tout de suite citer le communiqué de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, en date du 6 mai — donc, c'est tout à fait récent — et qui titre leur position: *Scénarios de fusion d'établissements en santé [...] identifie des zones de fragilité*. Je voudrais lire ce qu'on y dit sur Montréal. Alors: «Ce scénario est le pire qu'on pouvait imaginer. Plutôt que de simplifier l'accès aux services de première ligne, on le complique énormément pour la clientèle.»

Selon l'association — ça fait référence à l'Association des CLSC et CHSLD — le ministre doit refaire les devoirs de l'agence de Montréal afin d'éviter que la réforme qui va bon train au Québec n'échoue dans la métropole.»

Alors, de quoi s'agit-il, à Montréal? Quand on regarde rapidement, d'une part, on comprend que le ministre a reçu des recommandations de l'agence, que j'ai ici, là, qui, systématiquement, ont écarté de la fusion... en fait des regroupements les établissements à vocation ethnoculturelle: je pense à l'Hôpital chinois, l'Institut canadien-polonais; je pense également au Centre Mont-Sinaï, le Centre gériatrique Maimonides, le CHSLD Juif de Montréal; également l'Hôpital Santa Cabrini, le centre hospitalier St. Mary's, et, en fait, l'ensemble de ces établissements.

D'autre part, on peut lire, en date d'aujourd'hui, dans le journal la *Gazette*, les déclarations faites par des porte-parole d'établissements anglophones. Je pense en particulier à Father Dowd, à St. Andrew et à St. Margaret's Home, et disons que ces trois établissements considèrent que leur spécificité n'est pas reconnue, notamment leur capacité de donner des services à leur population, à une population spécifique.

J'aimerais revenir sur cette question de spécificité, caractère spécifique. Nous avons donc des recommandations concernant Montréal qui sont remises en question par l'Association des CLSC-CHSLD, par certains établissements anglophones. Et, dans les recommandations, ce que nous pouvons constater, c'est l'aspect méga.

Je vais prendre un exemple que je connais bien, celui du quartier Hochelaga-Maisonneuve. J'ai été la première favorable au regroupement du CLSC avec le centre hospitalier de soins de longue durée Lucille-Teasdale qui, lui-même, regroupe trois autres centres: résidences Maisonneuve, Éloria-Lepage et l'ancien centre Charbonneau.

Alors, ceci dit, c'était à l'échelle humaine. Qu'est-ce qu'on va retrouver maintenant pour les gens du quartier Hochelaga-Maisonneuve qui ont été les initiateurs de la formule de centre local de santé communautaire, de services communautaires, il y a déjà au-delà de 35 ans de cela? Alors, on va retrouver un regroupement... on le retrouve à la recommandation 11: regroupement de quartiers, le quartier Hochelaga-Maisonneuve, Rosemont, Olivier-Guimond, ça va faire un total de ressources humaines de 2 371 personnes.

En plus, ça charcute l'arrondissement, parce que les arrondissements, comme on le sait, offrent des services de proximité et ont créé ce sentiment d'appartenance qui est très développé. On lisait d'ailleurs aujourd'hui même un excellent article de M. Bossé, ex-maire de Verdun, actuel membre du Conseil exécutif de la ville de Montréal, qui fait la promotion de la nouvelle ville, y inclus ces arrondissements où finalement se livrent des services de proximité et où se vit le sentiment d'appartenance des gens.

● (14 h 10) ●

Alors, on fait fi de ça complètement. Je pense, l'autre exemple, c'est le quartier de la Petite-Patrie et de Rosemont qui forment un arrondissement — qui est charcuté lui aussi — d'autorité. L'agence envoie la Petite-Patrie avec Villieray et Rosemont avec

Hochelaga-Maisonneuve. Et on lit, par exemple, quelque chose qui me semble de prime abord mais être en dehors du bon sens quant à la gestion des ressources humaines, des établissements qui dorénavant vont regrouper des personnels qui vont constituer — ça, c'est de première ligne seulement — là: Faubourg, Plateau Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc, 2 957 personnes. Ça va être quelque chose à gérer, ça, imaginez-vous. Alors, je disais donc Ahuntsic, Montréal-Nord, 2 290. Je vous disais Saint-Laurent et Nord de l'Île, 2 095, et ainsi de suite, là, ça atteint jusqu'à des sommets de 3 000.

Alors, qu'est-ce qu'on cherche derrière ça? C'est quoi, l'idée? D'une part, on... avec raison, moi, je trouve ça légitime, moi, de reconnaître le besoin d'appartenance et de proximité. Les arrondissements ont justement été créés pour satisfaire ce besoin-là. On ne le reconnaît en termes spécifiques qu'exclusivement pour les établissements à vocation ethnoculturelle; même les établissements anglophones s'en plaignent.

Si on regarde la recommandation 1, on regroupe d'autorité des établissements qui étaient assujettis à la Charte de la langue française quant aux dispositifs permettant un bilinguisme institutionnel avec des établissements qui n'ont pas cette obligation de bilinguisme institutionnel. À ma connaissance, c'est la première fois qu'on regroupe des établissements qui n'ont pas le même statut à l'égard de la Charte de la langue française, sans aucune précaution. Ça, c'est la recommandation concernant le Centre de santé et de services sociaux de Pierrefonds et Lac-Saint-Louis, qui regroupe le CLSC Lac-Saint-Louis qui a cette obligation, en vertu de la Charte, de bilinguisme institutionnel, alors que le CLSC de Pierrefonds ne l'a pas puis qui dessert des communautés comme Sainte-Genève, etc.

Même en faisant les arrondissements, jamais on n'a fusionné des municipalités qui étaient assujetties à l'article 29.1 de la Charte et d'autres qui ne l'étaient pas.

Alors, on élargit le bilinguisme institutionnel; c'est la recommandation 1. On fait des mégastuctures avec du personnel à gérer, à administrer. Avez-vous idée de ce que ça va être, ça? Il y a 1 000 municipalités au Québec qui ont moins de 2 000 habitants et presque tous, tous, tous les établissements — à Montréal — de première ligne vont avoir plus que 2 000 employés. On est vraiment dans le méga, et j'ai peur qu'on soit dans le dégât; c'est vraiment la crainte que j'ai. D'autant plus qu'on va contre nature, on regroupe, dans ces recommandations, l'Institut de gériatrie de Montréal avec un CLSC. On crée un consortium avec un hôpital universitaire. Ça, je voudrais bien que le ministre me dise qu'est-ce qu'il pense, là, de ce consortium d'établissements de soins de longue durée — on est en hébergement de soins de longue durée — avec l'hôpital universitaire de McGill.

On retrouve dans ces recommandations également une recommandation qui va à l'encontre du décret qui gère les personnels-cadres, le choix, la sélection des cadres. On retrouve cela à la recommandation 20. C'est une recommandation qui propose un concours ouvert en principe alors que le décret dit pourtant très clairement... il l'a toujours dit très clairement, puis, le ministre, à ma connaissance, l'a réitéré, qu'il entendait se conformer au décret. Alors, où en est-il dans l'examen de ces recommandations de l'Agence de Montréal, dont l'Association

des CLSC-CHSLD disait que c'est le pire scénario qu'on pouvait imaginer?

Le Président (M. Copeman): En 4 min 30 s, M. le ministre.

M. Couillard: Bien là, M. le Président, là, vous allez permettre une réponse proportionnelle à la question, là, parce qu'on a eu droit à une question-fléuve, je m'engage à ne faire qu'une réponse-rivière.

Le Président (M. Copeman): Et pas ruisseau.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Maintenant, dans les... comme d'habitude, dans le début de la question, il y a eu des faits énoncés que je ne peux pas laisser comme ça, parce que les gens vont penser que j'entérine ce qui a été dit dans la prémisse de la question, ce qui n'est pas le cas.

Alors, je reviens d'abord sur le nouveau mode d'allocation budgétaire et la correction des inéquités. Il n'y a pas de compression, dans aucune région. Toutes les régions sociosanitaires vont avoir une augmentation de leurs crédits. La seule différence se trouve dans la modulation des développements, mais tout le monde a son indexation, indexation spécifique, coût de base du développement. La seule différence se fait dans le développement... le pourcentage de développement qu'on a.

Pour ce qui est de l'argent pour les listes d'attente, mais, bien sûr, c'est de l'argent récurrent. Nous, la différence, notre gouvernement, c'est, quand on met de l'argent en santé, on met de l'argent récurrent. Ça fait que les patients qui ont été traités avec le 60 millions l'an dernier, ils ont été traités. Cette année, on va traiter d'autres patients avec le même 60 millions qui est récurrent. Et on va probablement... à la faveur de la modernisation, il va probablement y avoir... j'ai hâte à cette discussion sur la modernisation de l'État; on me la promet depuis le début des crédits, mais elle s'en vient certainement. Il y aura moyen même d'envisager d'autres façons même d'augmenter notre plateau technique et d'augmenter notre offre de service pour améliorer nos listes d'attente.

Même chose pour les nouvelles places d'hébergement. Bien sûr, notre plan triennal d'immobilisations n'est pas encore connu pour cette année, mais on veut également développer de nouvelles formules. Et on y faisait allusion dans le plan de modernisation dont ma collègue a fait état la semaine dernière, et là encore j'attends avec impatience cette discussion et la position de l'opposition sur cette question.

Maintenant, pour ce qui est de l'application de la loi n° 25, évidemment on cite une partie du communiqué de l'Association des CLSC-CHSLD qui, effectivement, s'inquiète pour certains aspects des regroupements à Montréal. Mais il faudrait quand même citer le reste du communiqué aussi, là, pour ne pas donner l'impression à la population qui nous écoute qu'il s'agit d'un communiqué de type apocalyptique. Parce que, ce qu'on lit dans le premier paragraphe, c'est que «l'Association est globalement satisfaite du portrait qui se dégage de l'ensemble du Québec.

«Pour l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, ces quelques 90 regroupements permettent de croire que la présente réforme en sera une de première ligne, axée sur des services de proximité dispensés aux communautés sur leur territoire d'appartenance.»

Et je salue encore une fois la participation de cette association ainsi que de leur branche montréalaise à la réforme en cours. Ils ne se sont non seulement pas tenus à l'écart, ils s'y sont impliqués de façon très active. À preuve, leur congrès récent où j'étais invité à prendre la parole, dont le thème était *Les réseaux intégrés de services, tout un leadership à prendre*. Ils ont rapidement perçu l'importance que cette modernisation, cette façon nouvelle d'organiser les soins de santé avait pour le type de services dont ils sont responsables et ont décidé de s'y impliquer de façon complète.

Maintenant, il faut savoir également qu'il y a des régions qui ont déjà finalisé leur processus. La région du Bas-Saint-Laurent, la région de la Gaspésie ont terminé leur processus d'intégration. Et ça se produit également de façon très rapide dans d'autres régions, dont la région d'Arthabaska où mon collègue et moi étions il y a quelques jours, où le regroupement s'est fait de façon très harmonieuse.

Maintenant, il faut également corriger un autre type d'affirmation lorsqu'on parle que seulement les établissements ethniques sont exclus. Non, dans la région même ou dans le quartier même de la députée, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à ce que je sache, ce n'est pas un établissement classifié comme ethnique et il n'est pas impliqué dans les regroupements.

Le critère de complexité d'exception s'applique, autant pour la taille des établissements que pour leur caractère ethnoculturel. Parce qu'il faut reconnaître que, effectivement, pour certaines communautés culturelles, l'établissement de santé a une importance symbolique qui dépasse le système de santé, qui est un foyer d'identification à la communauté elle-même, et il faut être respectueux de ça.

Là, j'entends les inquiétudes quant aux services en langue anglaise. C'est nouveau, cette inquiétude, mais on se souvient qu'il y avait eu une liquidation du comité d'accès provincial sur les services en langue anglaise qu'on a réactivé.

Pour ce qui est de la protection des désignations de l'article de la Charte de la langue française, dans le texte de loi, on a indiqué... on a apporté un amendement en fin de débat — on s'en souviendra — qui permet de demander ou d'exiger que les services en anglais qui étaient appliqués dans un établissement soient transférés dans l'installation qui fait partie du nouvel établissement, de sorte que cet aspect a été pourvu.

Maintenant, pour ce qui est des tailles des réseaux, je dirais de façon un peu ironique que, pour ce qui est des mégastuctures, ce n'est pas tellement différent d'une mégaville. Mais, enfin, passons vite, je ne voudrais pas m'engager, là, sur un terrain glissant.

Mais il faut voir quels sont les objectifs fondamentaux qu'on poursuit. Donc, l'objectif premier, c'est la responsabilité de population et la décentralisation, c'est-à-dire qu'on donne, dans un territoire défini, la responsabilité de l'ensemble des populations à une seule organisation de soins de santé. Il faut donc que cette communauté ait une taille critique qui permette d'avoir

un budget suffisant pour exercer toute la nouvelle autonomie que la décentralisation apporte. Et, en passant par exemple de 56 établissements à autour de 13 — ce qui, en passant, a été suggéré par l'Association des CLSC elle-même... c'est l'Association des CLSC elle-même qui a suggéré de passer à ce nombre d'établissements là — on arrive à une zone où il devient possible de pratiquer — au lieu d'en parler, là — de pratiquer une véritable décentralisation et de basculer beaucoup d'autonomie vers le niveau local. Et je pense que, ça, c'est important de le reconnaître.

● (14 h 20) ●

Pour ce qui est du processus de nomination des directeurs généraux, ce à quoi on fait allusion n'est pas la position du ministre, et ce n'est pas la façon dont ça va se passer. On a indiqué très clairement qu'on serait respectueux du décret qui régit les directeurs généraux. Il y aura, dans un premier temps, un concours réservé aux D.G. en place dans les établissements qui s'intègrent. Si le conseil d'administration ne réussit pas à nommer un directeur général à partir de ce premier bassin, là, dans un deuxième temps, il y aura la tenue d'un concours ouvert.

Enfin, pour ce qui est de la démarche en cours, ce sont les recommandations de l'Agence de Montréal, dont la députée connaît très bien le P.D.G., puisqu'il était un ancien collègue au Conseil des ministres, nous allons les étudier, les modifier au besoin et apporter notre décision. Je crois que, d'ici le mois de juin, on devrait avoir statué là-dessus et formé les nouveaux établissements qui vont viser donc à l'intégration des services de santé et de services sociaux sur l'île de Montréal, mais, en grande partie, M. le Président, on ne peut qu'être très satisfait de la façon dont ça se déroule actuellement dans le Québec, partout.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, à ma droite, M. le député d'Arthabaska.

Variation des crédits en santé

M. Bachand: M. le Président, je vous remercie très humblement de me donner la parole. M. le ministre, j'aimerais que vous m'expliquiez, pour le bénéfice de ma compréhension, parce que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, pour laquelle j'ai beaucoup de respect — elle le sait et vous le savez vous aussi — essaie en fait de nous convaincre et de me convaincre qu'effectivement il y a eu des coupures.

Et j'aimerais ça que vous m'expliquiez, pour ne pas que ses efforts finalement trouvent un terrain fertile en moi — qu'effectivement... il n'y a pas de chance, je peux vous rassurer là-dessus, mais j'aimerais vous donner la chance effectivement de vous exprimer encore une fois, mais pour que ce soit clair pour l'humble député d'Arthabaska mais pour l'ensemble de la population aussi, comment la députée d'Hochelaga-Maisonneuve peut-elle avoir la perception qu'il y a eu des coupures. Autrement dit, ce n'est pas ma compréhension que je mets en question mais comment, dans sa compréhension, elle peut en venir à conclure à votre avis qu'effectivement il y a des coupures. Est-ce qu'on pourrait spéculer là-dessus, juste pour le plaisir de le faire, là, parce que j'ai de la difficulté à voir quels

paramètres elle utilise pour faire en sorte que sa compréhension arrive toujours à la même conclusion? Et ça, depuis même avant le dîner. En tout respect.

Une voix: Parce qu'elle est dans l'opposition.

M. Bachand: À votre avis?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Bien, M. le Président, ça dépasse même l'enceinte parlementaire parce qu'on a tellement eu l'habitude en santé, depuis les 10 dernières années, de parler de coupures puis de compressions que c'est devenu presque un automatisme de langage. Alors, je sursaute toujours quand je vois un article de journal qui explique que, dans un établissement, telle situation se trouve présente à cause des coupures, alors qu'il y a eu 12 % d'ajouts budgétaires en santé depuis deux ans et que toutes les organisations de santé ont vu leurs budgets augmentés.

Alors, ce qu'on veut avoir avec les établissements, c'est une ambiance de gestion saine et rigoureuse, puis il y a des cibles d'atteinte d'équilibre budgétaire qui sont définies, et c'est certain que chacun va avoir à faire son effort dans cette direction-là. Il n'existe aucun système de santé au monde qui n'est pas géré de façon rigoureuse et pas plus les systèmes... et probablement moins les systèmes qui sont gérés par le privé que ceux qui sont gérés par l'État. Alors, il faut être conscient de ça. Maintenant, il n'y a pas... encore une fois, il n'y a de coupures en santé, il y a des développements de crédits partout qui sont cependant encadrés par les ententes de gestion dans l'esprit d'une gestion rigoureuse également.

M. Bachand: O.K. En souhaitant que mon propos a éclairé la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Augmentation du prix des médicaments

Donc, dans un autre ordre d'idées, au niveau de la médication, pour bien encadrer mon intervention, tout le monde est d'avis qu'effectivement il y a une augmentation importante des coûts de médicaments, et le public aussi est très conscient de ça. Il y a aussi des inquiétudes qui ont été formulées à partir de différents organismes, entre autres, le Conseil du médicament et ceux qui produisent même ces médicaments-là.

J'aimerais que vous... est-ce que c'est possible de nous expliquer un peu le topo — mais très rapidement, parce que je vais avoir des questions un peu plus précises là-dessus — très rapidement qu'est-ce qui cause la hausse rapide des médicaments, là, ou une hausse incontrôlée? Parce que... et ça met énormément de pression sur le système de santé au niveau des coûts.

M. Couillard: Alors, effectivement, on est dans un contexte de hausse. Moi, j'en parlais justement lors de notre voyage en France, et c'est la même chose là-bas. La question du prix des médicaments est actuellement la pression structurelle la plus grande sur les systèmes de santé dans le monde occidental. C'est vraiment très important, et je crois que c'est le cas également chez nous, au Québec.

Pour vous donner une idée, cette année, le régime d'assurance médicaments, on n'a pas terminé l'année encore... mais devrait se terminer avec une augmentation d'environ 12 %, 12 % à 13 %. Alors, multiplions ça par quatre ou cinq ans, on se trouve devant un régime qui augmente de 50 % de coût en l'espace de quatre, cinq ans. Je pense que, ça, c'est insoutenable.

Pourquoi ça se produit, cette augmentation? Il y a deux grands types de raisons: il y a d'abord l'augmentation du volume de médicaments qui se vend, il y a plus de gens qui ont des prescriptions puis il y a plus de médicaments par prescription, d'une part; d'autre part, il y a le coût des nouveaux médicaments qui sont introduits, qui tendent à faire augmenter la facture. Alors ça, c'est ce qui explique l'augmentation structurelle, là, de ce régime-là, de la façon dont il est bâti actuellement. Alors, pour réussir à rendre ce phénomène plus, je dirais, amenable à un contrôle et plus possible également le fait de le maintenir à long terme, il est essentiel de le doter de qu'on appelle une politique du médicament.

Maintenant, on se souvient que, lors de l'adoption de projets de loi du gouvernement précédent, on annonçait à grands cris la politique du médicament, sauf que personne ne savait ce que c'est, ne le sait encore, et on n'en a jamais vu l'ombre du bout de la queue, comme on dit, de la politique du médicament.

Alors, nous, on va la mettre en place, cette politique du médicament. On a un premier événement le 20, 21 mai qui va parler d'un concept très important qui est le concept d'utilisation optimale des médicaments, savoir utiliser un médicament de première ligne en première ligne et non pas un médicament de troisième ligne en première ligne; ne pas utiliser les duplications de médicaments; connaître bien l'intention thérapeutique lorsqu'on prescrit un médicament. Et on aura un symposium avec une participation internationale là-dessus qui va donner suite à un des éléments de la politique du médicament.

Les autres sont la question de l'accessibilité, et là on va revoir le fonctionnement de notre régime d'assurance médicaments, parce qu'on a combiné dans le même régime l'assistance et l'assurance — on se souvient du rapport Montmarquette il y a quelques années qui avait commenté là-dessus — également la question de la fixation équitable des coûts, des prix des médicaments. Le comité tripartite devrait donner son rapport vers septembre 2004 qui réunit le ministère, le Conseil du médicament et la Régie d'assurance médicaments. Avec ça, on prévoit déposer un projet de politique pour consultations publiques à la fin de l'automne 2004 pour mise en place de ladite politique en 2005.

Rôle des compagnies pharmaceutiques dans la préparation d'une politique du médicament

M. Bachand: O.K. Donc, M. le Président, la raison pour laquelle... en fait, le message que vous envoyez: les compagnies pharmaceutiques devraient être satisfaites de ce message-là. Vous parlez d'un comité tripartite, il y a un projet de loi qui s'en vient. Dites-moi donc dans quelle mesure ces compagnies-là vont vous aider dans l'orientation de cette politique-là.

M. Couillard: Bien, je pense qu'il faut d'abord que... L'industrie pharmaceutique est une industrie importante au Québec en termes de développement puis de valeur ajoutée. Et d'ailleurs un axe de notre politique du médicament, le quatrième axe, outre les trois que j'ai mentionnés, c'est le maintien au Québec d'une industrie pharmaceutique dynamique.

Mais il faut également, du côté de l'industrie, qu'on reconnaisse qu'il y a au Québec de loin la terre la plus accueillante pour les médicaments au Canada, que ce soit en termes d'inscription de nouveaux médicaments à la liste des médicaments, en termes de volume, en termes de protection de brevets, et ça, c'est quelque chose qui est acquis depuis longtemps, et je crois que ces entreprises le reconnaissent.

Moi, je crois que c'est dans l'intérêt même, à long terme, de l'industrie pharmaceutique de s'engager avec nous sur des conversations très sérieuses et concrètes sur ces sujets-là parce que toute la démarche vise à permettre de garantir l'accessibilité au plus grand nombre possible de Québécois à des médicaments nouveaux très coûteux. Pour employer une analogie que le président du Conseil du médicament aime mentionner, puis je crois que c'est une analogie que les gens vont comprendre: On a tous le goût un jour de rouler en Cadillac ou en Mercedes, on choisira l'orientation de voiture qu'on préfère. Mais, pour avoir la possibilité de se payer la Cadillac ou la Mercedes, il faut accepter, lorsque c'est possible de le faire et que ce n'est pas risqué de le faire, de rouler en Volkswagen ou en Tercel.

En d'autres termes, il y a encore des médicaments qui datent de plusieurs années, qui sont des médicaments traditionnels et qui ont une grande efficacité dans plusieurs types de pathologies, et c'est en les utilisant de façon correcte puis appropriée qu'on va dégager des ressources pour pouvoir offrir à notre population les nouveaux médicaments, particulièrement en cancer, en hypertension et également dans d'autres types de pathologies, qui sont extrêmement coûteux. Et je crois que c'est important que tous les citoyens et l'industrie s'attardent à cette tâche parce que, telle qu'elle est actuellement, la mécanique de ce système est presque insoutenable.

M. Bachand: M. le Président, permettez-moi de remercier M. le ministre.

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

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. M. le ministre, j'aimerais ça qu'on retourne aux centres locaux de services de santé et de services sociaux. Pour venir d'un de ces établissements-là, je pense que je peux témoigner de l'efficacité et un peu de la façon dont les services se sont réorganisés et sont dispensés actuellement.

Par contre, je comprends les inquiétudes des organisations, des travailleurs. Dans notre coin, ça a été très difficile. C'est un débat, même à un moment donné, linguistique. Il y a une partie des établissements qui étaient des établissements francophones et l'autre partie qui était unilingue anglophone. Mais on a réussi, en

restant au niveau des services, à passer et à dépasser ces débats-là, et la population s'est prise en main en favorisant et en priorisant les services à sa clientèle de l'ensemble de son territoire, nonobstant les barrières linguistiques qu'on pouvait vivre.

• (14 h 30) •

Et je pense que, quand je regarde les commentaires que je reçois de plusieurs personnes d'un peu partout, pour eux, c'est la porte d'entrée de la résolution de plusieurs problèmes de l'accès aux services. C'est aussi la porte d'entrée, cette réorganisation-là des établissements, de ce fonctionnement très fluide que les gens vont pouvoir connaître à l'intérieur des établissements ou des distributeurs de services.

On sait qu'il y a des organisations qui se sont opposées. Je me souviens, en commission parlementaire, quand l'Association — ou après — des CHSLD-CLSC ont déposé une proposition de 12 ou 13 réseaux, j'ai même été très surprise, surtout de la part de l'association venant de Montréal, je ne m'attendais jamais qu'il nous arriveraient avec ce type de proposition là, et je pense que les gens qui ont fait ces propositions-là l'ont fait dans le cadre de services directs à la clientèle, ont oublié les structures, ont oublié les intérêts de chaque corporation — parce que je pense que c'est comme ça que ça s'appelle — pour dire, bien, où on s'en va puis est-ce que demain on veut continuer à donner les services?

En date du 30 avril, l'ensemble des territoires ou des agences ont déposé les propositions de réorganisation, et, ça aussi, ça a suscité beaucoup d'inquiétudes, beaucoup de craintes, et vous allez bientôt commencer à rendre des décisions sur les organisations. Dans certains territoires, on sait que ça va bien et ça va de soi. Dans d'autres, c'est un petit peu plus difficile.

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (suite)

Mesures visant à faciliter l'implantation des nouvelles agences régionales

J'aimerais connaître de votre part les mesures que vous pensez prendre pour rassurer les territoires, surtout les territoires où c'est un petit peu plus difficile, où les inquiétudes sont encore toujours là. Quelles sont les mesures qu'entend prendre le ministère pour dans le fond aider ces territoires-là à traverser cette période-là qui, une fois faite, vont réaliser, là, que c'est ce qui est à peu près le mieux qui peut nous arriver en santé?

M. Couillard: Bien, en fait, il faut réaliser, M. le Président, que, dans la majorité des territoires du Québec, ça va très bien. Il y a des régions, comme j'indiquais, qui ont terminé puis il y en a d'autres qui sont en voie de terminer leur organisation sans grand débat interne. Il y a des régions difficiles, plus problématiques, comme celles de Montréal, Montérégie, l'Outaouais, où il faut vraiment être très attentif à ce que perçoivent les gens sur le terrain.

Mais je dirais qu'il y a deux aspects: un aspect que vous avez très bien souligné — M. le Président, que la députée a bien souligné — qui est l'aspect de la

philosophie au discours. Il faut réaliser qu'à partir de maintenant dans le système de santé, surtout pour les établissements de proximité, la logique d'établissement, c'est terminée; on ne parle plus d'une logique d'établissement. Mon type d'établissement fait ci, son type d'établissement fait ça. Moi, je suis bon, eux autres ne sont pas bons. Moi, je fais ce qu'il faut, puis c'est les autres qui ne font pas ce qu'il faut. On est dans une nouvelle optique où les gens parlent de population à servir autour d'une même table, de façon intégrée, puis on parle de notre population et non plus du type d'établissement qu'on représente. Et, je pense, en soi, ça, c'est un changement de philosophie qui est très important.

Deuxièmement, beaucoup des inquiétudes qui proviennent des régions tiennent autour de la protection des missions plus sensibles, telles que la prévention ou les missions sociales; alors, on a eu l'occasion de revenir à plusieurs reprises là-dessus. Mais rappelons en bref que, d'abord, l'expérience vécue dans les centres de santé et services sociaux intégrés montrent qu'il n'y a pas eu dilution, au contraire, de ces missions-là en pratique. Deuxièmement, que les budgets maintenant aux établissements sont donnés par programmes-services avec des budgets bien identifiés et des résultats à atteindre dans tous les programmes. Et enfin qu'il sera possible, dans les établissements intégrés, de déplacer des sommes de l'hôpital vers la première ligne mais jamais l'inverse.

Alors, lorsqu'on donne ces assurances, de même que la protection des déficits hospitaliers par rapport à l'ensemble de la comptabilité, les gens se voient rassurés et ils se voient également réconfortés dans le fait qu'il s'agit véritablement d'un effort de redéploiement des services de proximité pour les gens. Et évidemment tout changement est difficile et, surtout, là, un changement qui bouscule certaines habitudes, certaines façons d'agir depuis longtemps, mais, essentiellement, il s'agit de donner suite à la commission Clair.

La commission Clair recommandait très nettement d'intégrer sur le même territoire les établissements sous un même conseil d'administration, et d'ailleurs, pour référence, je vous réfère à une allocution qui est sur le site Internet qui s'appelle *infoveillesanté*, de M. Léonard Aucoin, ancien membre de la commission Clair, sur sa perception de la loi n° 25, allocution faite à l'occasion du congrès de l'Association des CLSC-CHSLD, et je crois que c'est une lecture obligée pour quiconque veut s'intéresser à ce problème.

Mme L'Écuyer: Une dernière question.

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

Mme L'Écuyer: Je veux sortir un petit peu de la loi n° 25, mais je veux faire un parallèle avec les services sociaux, puis c'est très court. Bon, la réorganisation du système de santé, c'est pour avoir une porte unique, éviter que le client tombe entre deux chaises ou bien qu'on se dise: Bien, ce n'est pas mon mandat, c'est le mandat d'à côté.

Est-ce que, dans votre vision de l'organisation des services sociaux... c'est que j'ai été un peu frappée

vendredi, en m'en retournant dans mon comté, il y a eu une situation qui s'est passée en quelque part, puis j'entendais la DPJ dire: Bien ça, ce n'est pas notre mandat; ça fait que, nous autres, on ne s'en est pas occupés.

Est-ce qu'éventuellement on prévoit aussi avoir à peu près le même type de démarche dans les services sociaux? Parce que, en santé, c'est pour éviter de dire: Bien ça, ce n'est pas mon mandat, le client doit aller à la porte d'à côté. Et c'est pour ça, quand je regardais la loi n° 25, je me disais: Il faut aussi arriver à ça dans l'ensemble de la distribution de nos services.

M. Couillard: Bien là il faut être prudent un peu, M. le Président, parce que, dans le cas de la DPJ, le rapport du groupe d'experts sur la protection de la jeunesse montre qu'effectivement un des problèmes de surcharge de nos centres jeunesse et de la DPJ, c'est la prise en charge de problèmes qui ne sont pas nécessairement du mandat de la DPJ et qui seraient beaucoup mieux pris en charge en première ligne. Alors, c'est la raison pour laquelle, dans notre investissement de cette année en jeunesse, le gros de la somme va vers la constitution d'équipes de services sociaux de première ligne, notamment dans le cas de la mission jeunesse.

Et, moi, je suis personnellement très fier qu'au Québec on soit encore... Et ça me surprend à chaque fois... je le mentionnais à un groupe récemment, un groupe canadien qui discutait des réformes des soins de santé: Je suis toujours surpris qu'on soit encore les seuls au Canada à avoir intégré les services sociaux et le système de santé, parce que la question des déterminants sociaux de la santé, ce n'est pas une hypothèse, c'est une réalité.

La députée d'Hochelaga-Maisonneuve fait souvent référence à une étude qui, je crois, avait été faite à Verdun, dans le CLSC de Verdun, entre deux territoires de niveaux socioéconomiques différents, avec des différences d'espérance de vie absolument spectaculaires entre les deux, de sorte qu'on en soit encore dans certains endroits à discuter de la validité des déterminants sociaux de la santé; moi, ça me sidère, là. Et, au Québec, on est chanceux d'avoir déjà réalisé cette intégration qui devrait faciliter l'intégration des établissements, puisqu'elle vise également à consolider les services sociaux de première ligne.

Mme L'Écuyer: Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Quelqu'un à ma gauche? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, M. le Président, j'ai beaucoup d'estime pour le député d'Arthabaska. J'aimerais qu'il prenne connaissance des documents que j'ai déposés avant notre ajournement, notamment sur les coupures dans le financement du fonctionnement des agences régionales. Pour son Agence régionale du Centre de la Mauricie, je crois que c'est un peu plus de 300 000 \$, cette année, puis un peu plus de 600 000 \$. En tout cas, c'est quelque chose comme 1 million, sur deux ans. Mais je comprends maintenant que le 30 millions de dollars qui va servir à

l'équité interrégionale va être autofinancé à même le développement des régions qui sont dites en excédent. Alors, c'est dit, là, mais je pense que ça n'avait pas encore été dit aussi clairement.

L'inquiétude que j'ai sur la question linguistique, c'est l'inquiétude sur les services en langue française. J'ai une inquiétude sur les services en langue française parce que, je le répète, les recommandations de l'agence de Montréal sont à l'effet de regrouper des établissements qui sont à statuts linguistiques différents. Et la question que je pose, c'est: Quelle sera la langue dans laquelle vont se dérouler les séances du conseil d'administration? Alors, quelle sera la langue d'usage, là, quelle sera la langue qui sera celle en circulation?

D'autre part, je voudrais revenir sur l'exemple de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Le ministre dit: Il n'y a pas que les établissements à vocation ethnoculturelle pour lesquels, là, on reconnaît la spécificité; il y a aussi, par exemple, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont parce que c'est un hôpital à vocation de centre affilié.

Il y a aussi une inquiétude, là, qui est exprimée par l'Association des CLSC et CHSLD concernant l'Hôpital Pierre-Boucher, qui est un mégahôpital de la Rive-Sud de Montréal, qui va être regroupé avec des services de première ligne. Il y a l'Hôpital de Chicoutimi... Saguenay, qui va être regroupé également et qui veut avoir son statut universitaire puis qui en même temps va être regroupé avec des établissements de première ligne. Et ça vaut aussi pour la Cité de la santé, à Laval, qui va être regroupée avec des établissements de première ligne.

Et quand le ministre parle d'expériences vécues où, finalement, les missions ont été respectées, mais c'était dans le cadre de la loi qu'il a lui-même modifiée, parce que la loi antérieure — antérieure au bâillon de décembre dernier — exigeait le respect des missions et exigeait le respect du territoire local, alors que, là, par exemple, sur la Rive-Sud à Montréal, Montérégie, ça s'égarait sur trois MRC, hein, celle de Longueuil, de Boucherville, et puis ça va jusqu'à Verchères, avec un très gros centre hospitalier qui est celui de Pierre-Boucher. On n'est plus dans les mêmes conditions, pas du tout, pas du tout.

● (14 h 40) ●

Et quand il nous dit aussi... qu'il donne des assurances, moi, je voudrais les voir, les assurances. L'assurance qu'il va y avoir des programmes-services, on ne les a pas, justement. C'est assez étonnant que le ministre parle d'assurances alors qu'à l'étude des crédits il nous dit que ce n'est pas prêt, là, il ne peut pas nous transmettre les informations concernant la répartition, les prévisions pour 2004-2005 des programmes-services. Et quand il dit: Les budgets vont se déplacer... pourront, du centre hospitalier au CLSC, mais jamais l'inverse, où est cette assurance-là: jamais l'inverse?

Les conseils d'administration, à ce que je sache, là, sont jusqu'à maintenant autonomes. Les conseils d'administration choisissent leurs D.G., peuvent même... vont recevoir des lettres patentes, vont pouvoir changer même un établissement, peuvent le fermer, s'en départir s'ils considèrent que c'est ailleurs qu'il faut installer des services, et tout ça, dans les garanties dont il est question — le ministre le répète — mais qu'on ne voit jamais où ce sera ces garanties, où seront-elles, des

garanties qui feront que les conseils d'administration vont être tenus de ne jamais déplacer des budgets du CLSC aux soins de santé, d'hébergement vers... ne pourront jamais le faire dans le centre hospitalier et l'inverse? Alors, ça, je pense que c'est une question incontournable.

La deuxième, je lisais dans *La Nouvelle*, de Victoriaville, en date du 14 mars — c'est encore assez récent — un article qui disait ceci: «Remiser le projet d'agrandissement du CLSC Suzor-Côté pour au moins deux ans. "Si on veut être réaliste, précise le directeur général de l'établissement, le report est attribuable au branle-bas qu'occasionne la création du réseau local des services de santé et de services sociaux qui va regrouper en une seule entité le CLSC Suzor-Côté, le CHSLD Ermitage, l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et le CLSC-CHSLD de l'Érable."»

Alors, vous voyez les effets que ça a sur les populations. Je suis certaine que le député d'Arthabaska lui-même suit de près ce dossier-là, et certainement que la députée de Vaudreuil-Soulanges suit... de Soulanges suit aussi le dossier de la manifestation qui va avoir lieu samedi prochain, le 15 mai, à l'Île-Perrot, au Centre communautaire de l'Île-Perrot, manifestation à laquelle est invitée toute la population dans un mouvement d'appui en faveur d'un réseau local de santé Vaudreuil-Soulanges. Alors, les informations qu'on nous a communiquées sont à l'effet qu'on exige que les citoyens de l'Île-Perrot se déplacent à l'Hôpital de Valleyfield, alors qu'ils ont des habitudes de soins qui sont complètement différentes.

Il faudrait aussi signaler le député de Huntingdon, n'est-ce pas, votre collègue le député de Huntingdon qui défend âprement le maintien dans sa forme actuelle du Centre de santé et des services sociaux du Haut-Saint-Laurent. Il en a fait un, regroupement, en vertu de la loi antérieure, et lui dit: On l'a fait, nous. Laissez-nous tranquilles, là.

Ça vaut pour Lac-Etchemin. Le ministre disait lui-même que la députée de Bellechasse lui faisait de fortes représentations. Lac-Etchemin dit: On les a faits, nos regroupements. Pourquoi est-ce que vous voulez nous imposer de nous retrouver avec la Beauce? Ça vaut pour les Pays-d'En-Haut puis Sainte-Thérèse-de-Blainville. Le député de Groulx, ici même aux crédits, a fait des représentations pour dire que le Centre hospitalier de soins de longue durée et CLSC de Sainte-Thérèse de Blainville regroupés ne voulaient pas un autre regroupement avec Saint-Eustache. Alors, le ministre... l'agence acquiesce mais oblige le Centre de santé des Pays-d'En-Haut à le faire avec Sainte-Agathe. Deux poids, deux mesures.

Là, on nous dit: Oui, mais la population des Pays-d'En-Haut est moins importante que celle de Sainte-Thérèse-de-Blainville. Sauf que, Argenteuil, eux, ils ont obtenu qu'ils pouvaient être dispensés d'un regroupement avec Saint-Eustache puis ils sont pourtant moins de population. Et je pourrais continuer comme ça. Regardez, on a un cahier complet, un cahier complet. Vous voyez, j'ai pris quelques exemples parce que les députés qui sont concernés siègent ici, en commission.

Alors, il ne faut pas laisser entendre qu'il n'y a pas de problèmes. Il y a des graves problèmes dont mes collègues d'ailleurs veulent aborder, dont mes collègues

veulent parler. Puis je termine, M. le Président, en vous disant que je suis bien aise, bon, de voir l'intérêt — on y reviendra lors de l'étude des crédits de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Mais le Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments, j'espère que ce n'est pas à circuit fermé. Ça fait déjà 10 jours que mon adjointe a demandé que l'on puisse y assister. Je pense que, si cette question de l'utilisation optimale concerne notre société, elle nous concerne au premier chef, nous, membres de cette commission parlementaire, M. le Président.

Alors, je voudrais que vous ajoutiez votre voix à la mienne pour que nous puissions assister comme observateurs, s'il le faut, à ce symposium.

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

M. Couillard: Oui, M. le Président, là, je suis content qu'on confirme qu'on n'a pas d'approche mur à mur, que ça varie d'une région à l'autre et puis d'une sous-région à l'autre, qu'on tient compte des expressions des gens et des difficultés. Ce n'est certainement pas aujourd'hui ni demain ni après-demain qu'on va dire quelles seront les décisions finales dans les différentes régions. On va tenir compte de ce qui est exprimé dans les différentes régions, de la recommandation de l'agence; on les adoptera avec ou sans changements, compte tenu de l'analyse qu'on en aura faite. Donc, ce n'est pas cette semaine que ces décisions-là vont se prendre, mais on est conscients également des points de discussion.

Et il y a un point assez fondamental sur lequel je voudrais revenir. On dit: «On a été dispensés de», comme si c'était une pénalité ou un pensum. Au contraire, l'intégration, c'est un bénéfice. Et c'est un bénéfice pour qui? Pas pour les établissements, pour notre population. Alors, lorsqu'un établissement bénéficie d'une clause d'exception, ce n'est pas nécessairement une si bonne nouvelle que ça. Il aurait été préférable que toute la population du Québec ait les bénéfices de l'intégration, mais, pour des raisons pratiques, on accepte que, dans certains endroits, ce soit un peu trop compliqué, du moins pour le faire à ce stade-là.

Pour ce qui est des directives budgétaires, il s'agit de directives administratives et ce qu'on va très bien expliquer au conseil d'administration, autant pour les programmes-services que pour la circulation ou les flux budgétaires... Et, de toute façon, on va le faire, on va l'indiquer clairement aux conseils d'administration, mais c'est juste la logique qui dit de faire ça. Il n'y a pas aucun administrateur digne de ce nom qui va aller mettre une priorité d'investissement lorsque l'infrastructure est chère alors qu'il peut le faire de façon beaucoup plus efficace en première ligne et en proximité pour diminuer la pression sur son centre hospitalier, et d'ailleurs, ça c'est vérifié dans tous les centres de santé qui ont été intégrés.

Dans le cas de Victoriaville, d'Arthabaska, il faut noter que l'intégration s'est faite de façon volontaire, avant le 30 avril. Alors, bravo! Et je sais que notre collègue a joué un rôle très important dans la mise sur pied de ce réseau-là qui est déjà constitué.

Maintenant, encore une fois sur la question de la circulation des gens, on parle de Soulanges et puis de Vaudreuil, là. La loi n° 25 ne vise en aucun cas à faire une restriction d'accès de services. Les gens ont le droit d'être traités où ils veulent. Ils peuvent aller à Sept-Îles s'ils veulent ou à Montréal ou en Outaouais. La loi vise à leur donner une garantie de services intégrés sur leur territoire, ce qui ne les empêche nullement d'aller consulter ailleurs s'ils le désirent ou si elles le désirent, et ça, je trouve important de mentionner ça et de rappeler ça de façon répétée.

Alors, on va donc recevoir ces propositions des agences; on les a reçues, elles sont en cours d'analyse au ministère. Elles vont être discutées au niveau ministériel, et on prendra la décision qui s'ensuit de façon à ce qu'à partir du mois de juin toutes les nouvelles instances locales voient le jour avec formation des lettres patentes, formation des conseils d'administration, nomination des directeurs généraux et pleine opérationnalité, là, dès l'automne 2004 et au plus tard au début 2005. Et je crois qu'il faut féliciter notre réseau, notre énorme réseau de la santé et des services sociaux d'avoir accompli un virage aussi fondamental dans une période de temps relativement limitée.

Le Président (M. Copeman): Quelqu'un à ma gauche. Mme la députée de Taschereau.

Réaction du ministre aux recommandations de l'Agence de développement de RLSSS de la Capitale nationale

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Permettez-moi de saluer les collègues ainsi que le ministre. M. le ministre, vous avez parlé tout à l'heure du fait que vous ne feriez pas de mur-à-mur. Je pense que, étant donné que la grogne, elle, était mur à mur en réponse à votre révision de structures mur à mur, ça oblige effectivement à revoir vos positions et essayer de voir les propositions régionales parce qu'il y a vraiment...

Là, en tout cas, je veux parler de ma région, la région de la Capitale-Nationale, où, face à, je dirais, un 180 degrés que vous avez fait tout récemment, la région a été obligée de se positionner très fort. Je me souviens qu'en décembre 2002 vous aviez assuré ici, dans l'Assemblée nationale, que les centres hospitaliers universitaires ne feraient pas partie de la réforme. Vous avez déclaré ça — on peut retrouver, si vous voulez, les galées — mais c'était dit expressément. Or, quand vous avez envoyé les balises aux régies régionales, quelle n'a été la surprise de la régie de la Capitale-Nationale de voir que les centres hospitaliers tout à coup — universitaires — pouvaient faire partie de la réforme. Alors, il y a eu ici un 180 degrés qui a un peu surpris la région.

Il y a eu, suite à vos nouvelles balises révisées, une consultation qui, je pense, a été saluée par l'ensemble des partenaires comme étant une excellente consultation. Tout le monde a assisté, tout le monde a été entendu. On a écouté et on est arrivé à une proposition qui, de l'avis de tout le monde... J'ai été discuter avec beaucoup de partenaires, j'ai assisté moi aussi, il faut dire, à une série des consultations qui

étaient intéressantes étant donné les balises du ministre. Il faut bien saisir la nuance: il y a une proposition régionale qui est sur la table, qui est dite, je vous dirais, la meilleure des moins pires solutions, c'est-à-dire qu'on réussit à éviter, si le ministre est à l'écoute de la région, le fait d'inclure les centres hospitaliers universitaires dans la révision de structures que vous proposez, vous me permettez d'utiliser le mot de «révision de structures» parce que c'est bien cela.

● (14 h 50) ●

Pour moi, il n'y a pas de réforme de la santé là-dedans, là, il y a une révision de structures, c'est un jeu de structures. Alors, dans ce jeu de structures, vous réussissez... la proposition est de sortir des services, d'en faire... que des services précis dans les centres hospitaliers soient incorporés dans les CLSC-CHSLD.

Sauf que, si on lit la recommandation de la régie, il y a deux endroits où on dit... D'abord, on dit dans la lettre de présentation, le directeur de la régie, le P.D.G. de la régie dit que les instances déplorent le fait qu'il sera très complexe pour eux de devoir vivre avec l'application de la loi n° 25 et de la loi n° 30; les deux sont nommées. Et, si on va dans les recommandations telles quelles, considérant la stratégie de mise en oeuvre, un des considérant, c'est: Les effets combinés de l'application des lois n° 25 et n° 30 risquent de mettre en péril le bon déroulement du projet.

Alors, étant donné que la région a réussi à vraiment... à trouver une solution au problème très complexe de structures que vous lui posiez, êtes-vous prêt à écouter aussi la région qui vous dit: Écoutez, on est prêts à travailler ensemble? Même les syndicats, là, disent: Nous autres, on est prêts à collaborer, on est prêts à regarder ça, mais donnez-nous un break, M. le ministre. Pouvez-vous surseoir à l'application de la loi n° 25 et de la loi n° 30 de façon simultanée pour laisser aux gens le temps de préparer quelque chose qui donne ce qui devrait être l'intention d'un ministre, c'est-à-dire l'amélioration de services potentiels et non pas, pendant deux ans, un enchevêtrement de problèmes structurels? Alors, êtes-vous prêt à regarder ce qui fait partie de la demande de la proposition régionale?

M. Couillard: Bien, d'abord, M. le Président, pour exprimer un désaccord, ce n'est pas qu'une réforme de structures, c'est un changement fondamental de philosophie dans la façon d'organiser le système de santé. Ça me fera plaisir d'en discuter autour d'un café avec la députée de Taschereau qui est d'ailleurs ma députée, que je salue. Donc, quand elle passera faire du porte-à-porte, on pourra discuter de la valeur fondamentale de ce qu'on fait actuellement.

Écoutez, il faut réaliser que les deux ne sont pas aussi simultanés qu'on le pense. Parce que l'application de la loi n° 30 se fait de façon échelonnée dans le temps; elle ne se fait pas tout d'un coup. Actuellement, on a donné une première vague d'établissements qui sont les établissements d'emblée exclus, entre autres les grands CHU. Dans une deuxième vague se trouveront les plus grands des centres jeunesse; également dans une deuxième vague se trouveront d'autres établissements de grande taille. Et ce n'est que dans la troisième vague que la loi n° 30 va s'appliquer pour les instances locales et une fois qu'elles seront dûment constituées avec leurs

lettres patentes, leurs conseils d'administration et leurs directeurs généraux.

Donc, ce n'est pas aussi simultané qu'on le dit. C'est échelonné dans le temps pour ce qui est de la loi n° 30. Mais, pour nous, les deux démarches sont indissociables. Il faut intégrer et alléger l'organisation du travail. C'est quelque chose qui est nécessaire de façon urgente pour notre système de santé. Et, là-dessus, l'ensemble des observateurs s'entendent. On ne peut pas tolérer une situation de 75 ou de 15 ou de 20 ou de 12 unités d'accréditation dans un établissement. Ça fait longtemps que ça aurait dû être fait.

Vous savez pourquoi ça a été difficile, c'est difficile de faire accepter un changement comme ça aux organisations syndicales. La formation politique qui est aujourd'hui dans l'opposition a ses raisons pour avoir différé ce changement-là. Nous, on a décidé de le faire et on est conscients que ce n'est pas facile, que ça bouscule les gens. Mais, encore une fois, les deux réformes ou les deux changements ne sont pas simultanés. La loi n° 25 se fait et, parallèlement, la loi n° 30 évolue de façon échelonnée.

J'amènerais également un certain degré de prudence quant à la loi n° 30 parce que, comme vous le savez, les organisations syndicales, certaines d'entre elles ont porté la cause devant les tribunaux, de sorte qu'il faut être prudent dans nos commentaires en la matière.

Mme Maltais: M. le ministre, je comprends que vous avez désiré une simplification du nombre... de réduction du nombre d'accréditations syndicales, vous avez promis d'en arriver à quatre par réseau.

Je vous ferais remarquer que le gouvernement précédent était en mode discussion avec les syndicats et était proche d'une entente. Le ministre pourra vous le dire, l'ex-ministre Legault pourra vous le dire comme quoi... le député de Rousseau, pardon, pourra vous le dire, étant donné qu'il était tout proche d'une entente pour le faire avec les syndicats. Ce qui est d'habitude...

Vous savez, réussir une réforme ou une révision des structures avec — je vous accorde le doute — avec ses employés, c'est d'habitude dans toute entreprise un gage de succès. Dans la proposition actuelle qui est présentée par l'Agence de la Capitale nationale — d'ailleurs, j'aimerais que vous me disiez si vous accueillez favorablement ou défavorablement cette proposition — ça... on aurait comme résultat des centres hospitaliers, par exemple, ou des établissements dans lesquels il y aurait finalement huit accréditations, puisque certains services seraient dans le réseau CLSC-CHSLD et des services dans les centres hospitaliers feraient partie du réseau des CLSC-CHSLD du réseau local.

Donc, dans le même centre hospitalier, on aurait des infirmières qui seraient dans une accréditation, l'autre dans l'autre. Il y aura donc un jeu de pressions à l'intérieur de l'établissement qui pourrait arriver, pourrait même donner un impact, là, de compétition intersites — non pas établissements mais sites — pour s'attirer le personnel. Il pourrait y avoir... ça pourrait aussi, on pourrait l'imaginer, provoquer une montée à la hausse des salaires, ce que les gens disaient. Donc, il y a des impacts.

Donc, on a réussi à trouver une solution régionale intéressante, mais les syndicats vous disent: On est prêts à travailler avec vous, mais donnez-nous, donnez-nous le moment pour le faire, donnez-nous du temps. Êtes-vous... je pense que... Si vous acceptez la proposition de l'agence qui est extrêmement raisonnable, qui est bien travaillée, je pense que la région aura réussi à innover, même si ce n'est pas parfait. Je vous le dis: Vos balises, M. le ministre, étaient, de l'avis de la région, non pas de mon avis, un peu trop étroites. Mais, comme on a réussi à développer un modèle, que pensez-vous de ce modèle? Et, deuxièmement, êtes-vous prêt à lui donner des chances de succès en acceptant cette règle du jeu qui est de surseoir à l'application de la loi n° 25, le temps de mettre en place ces réseaux?

M. Couillard: Bien, effectivement...

Mme Maltais: 30, les deux, de toute façon?

M. Couillard: ...les propositions qui émanent des régions sont très intéressantes. J'ai dit tantôt que ce n'est pas aujourd'hui qu'on va dire si on les entérine ou pas. Je les trouve certainement valables, celle de Québec en particulier, mais on va la faire analyser de façon approfondie avant d'en venir à une conclusion.

Maintenant, pour ce qui est de dissiper l'ambiguïté, il est clair que, dans la loi n° 30, on dit qu'un établissement a quatre unités d'accréditation. Donc, il est impossible pour un établissement d'avoir huit, sept ou 10 unités d'accréditation, il n'y en a que quatre.

On disait tantôt qu'on était proche d'une entente. C'est surprenant, amicalement, je dirais que, dans tout ce qu'on fait, on nous dit qu'on était proche d'une entente, mais, malheureusement, on a manqué de temps. On a été là neuf ans, on avait neuf ans pour faire les unités d'accréditation syndicales. On avait neuf ans pour alléger l'organisation, intégrer les services. On avait neuf ans pour établir l'équité interrégionale et les ressources intermédiaires et toutes sortes de domaines comme ça. Sauf que, curieusement, on a manqué de temps juste dans les deux derniers mois de ce mandat de neuf ans.

Alors, je pense que, objectivement, pour des raisons sur lesquelles je reviendrais, puis on pourrait certainement avoir une discussion éclairée à ce sujet-là, il aurait été très difficile pour la formation politique qui est représentée dans l'opposition de faire une réforme semblable compte tenu de certaines caractéristiques qui lui sont propres sur lesquelles on pourra revenir éventuellement.

Maintenant, pour ce qui est de la question fondamentale, je dirais, d'étalement dans le temps, la réponse, c'est que les deux lois sont adoptées, valides et vont s'appliquer. Je répète que la loi n° 30 a une application échelonnée dans le temps qui devrait permettre un ajustement dans les régions où elle va se faire.

Le Président (M. Copeman): Bien, une dernière, sur le même sujet.

Mme Maltais: Très rapide.

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

Déplacements quotidiens des occasionnels à temps partiel

Mme Maltais: Simplement, étant donné le découpage qui est proposé, est-ce que le ministre est conscient que ça veut dire que le nombre de TPO — temps partiel occasionnels — qui sont dans la région — il y en a un pourcentage assez imposant — vont devoir se balader sur l'appel du matin, étant donné qu'ils vont être sur un immense territoire, parce que les territoires sont immenses, là? Il n'y a plus que deux CLSC... deux réseaux locaux sur tout le territoire de la capitale. Est-ce qu'il se rend compte que ça veut dire que ces gens-là, le matin, vont devoir se promener d'établissements d'un bout à l'autre de la région, le casse-tête que ça va être mais pour les individus mais aussi pour la clientèle? Parce que, la clientèle, normalement, s'habitue à être soignée par certaines personnes, s'habitue à des gens qui connaissent l'établissement, qui savent où donner les soins, qui savent où est le matériel, où est l'outillage. Pour la personne, pour la personne, la clientèle, l'usager, il y a une complexification puis il y a un roulement de personnel qui est derrière cela, si vous ne réfléchissez pas un peu plus avant de mettre en application ce que vous proposez, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, que je sache, M. le Président, les lieux de services, ils ne disparaissent pas, là. La terre ne s'entrouvrira pas puis le CLSC ne tombe pas dans les abîmes, là. Les gens vont continuer d'aller aux CLSC. Les gens vont continuer d'être traités dans les CHSLD, à leur centre hospitalier, puis c'est les mêmes personnes qui vont s'en occuper.

S'il y a des inquiétudes quant à la mobilité du personnel dans un réseau, d'où l'importance d'appliquer rapidement la loi n° 30 dont la modalité de négociation locale, pour convenir localement de ces modalités-là puis rassurer les travailleurs. J'espère qu'on ne retardera pas justement l'application de la loi n° 30 et, particulièrement, le début de la négociation locale qui donne un outil formidable aux travailleurs puis aux travailleuses pour s'approprier et ajuster leur milieu de travail selon leurs caractéristiques propres.

Le Président (M. Copeman): Merci. M. le député de Robert-Baldwin.

● (15 heures) ●

M. Marsan: Merci, M. le Président. J'écoutes, depuis le début de la journée, depuis le début de nos travaux, la porte-parole officielle de l'opposition nous demande avec beaucoup, beaucoup d'insistance une ventilation de certains de nos programmes, particulièrement par région, par établissement. Et, M. le Président, je me suis souvenu d'avoir été aussi le critique de l'opposition officielle en matière de santé et de services sociaux et, en fouillant un peu dans nos procès-verbaux, j'ai retrouvé un court échange entre le député de Robert-Baldwin et le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, qui était le député de Charlesbourg, M. Jean Rochon.

Je vais faire très, très brièvement, M. le Président. Alors, à une question que je soulevais pour savoir combien d'argent il pouvait y avoir dans les soins

à domicile, pour les services aux personnes âgées, pour les jeunes, alors j'avais voulu une ventilation, et le ministre de l'époque, c'était en avril 1995, a répondu ceci: «Si le député veut de l'information encore plus, il attendra quelques mois de plus, et on aura la liste de chacun des établissements du réseau. Mais à ce niveau-ci du début d'une année financière, on n'en est pas à l'allocation détaillée des sommes dans chacun des CLSC.» C'est l'exemple qu'il donnait, M. le Président. Je voulais simplement rappeler à notre collègue la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et critique de l'opposition officielle qu'il y avait eu des demandes qui avaient été faites. Et on s'est aperçu par la suite, de crédits en crédits, année après année, que le modèle qui était présenté, eh bien, il fallait bien comprendre que les crédits, c'est l'analyse des dépenses de programmes.

Alors, je pense que les crédits qui sont déposés aujourd'hui, cette année, eh bien, sont dans un contexte historique. Je pense que ça a toujours été fait comme cela. Et, moi, je m'inscris dans les réponses que vous nous avez faites, M. le ministre, en indiquant bien d'abord que vous avez déjà donné, je pense, ou vous allez donner les répartitions régionales, les allocations régionales dans le programme d'allocations régionales, et, bien, par la suite, je pense, ce sont les agences qui devront faire la détermination des budgets alloués à chacun des établissements.

État d'avancement des deux projets de centres hospitaliers universitaires de Montréal

Alors, ceci étant dit, M. le ministre, M. le Président, je voudrais vous entendre sur le dossier des centres hospitaliers universitaires de Montréal particulièrement. Je voudrais vous demander de nous faire une mise à jour du dossier des deux CHU, comme on aime les appeler, centres hospitaliers universitaires. Je voudrais aussi savoir de vous dans quel état était ce projet au moment où vous avez été nommé comme ministre de la Santé et des Services sociaux. Moi, je me souviens, M. le ministre, en 1994, lorsque j'ai laissé mon poste de directeur général pour aller en politique, eh bien, ce projet commençait, et il y a eu quand même presque neuf ans entre le moment où ce projet a été annoncé et le moment où nous avons changé de gouvernement. Alors, j'aimerais ça que vous nous fassiez cette mise à jour et particulièrement dans quel état était ce projet au moment de votre nomination.

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

M. Couillard: M. le Président, j'aimerais féliciter mon collègue pour avoir démontré une nouvelle fois la rigueur que tout le monde lui reconnaît dans son exploration des procès-verbaux des débats parlementaires antérieurs, qui confirment que nous nous sommes largement inspirés des pratiques traditionnelles pour préparer les documents qui figurent aux crédits cette année.

Maintenant, pour ce qui est des deux centres hospitaliers universitaires de Montréal, c'est un autre dossier qu'on était sur le point de conclure. On sait que ça fait des années que ça a été annoncé, il y a eu

55 millions de dollars d'études faites dans les deux sociétés d'implantation. Là, aujourd'hui, on a toutes sortes de remarques à nous faire, mais curieusement, la décision, on n'était pas capable de la prendre jusqu'en avril 2003. Alors, il a fallu se remettre au travail, se rendre compte que, malheureusement, les travaux, pour les 55 millions de dollars que les contribuables y ont mis, étaient très superficiels. Je pense même qu'on pourrait qualifier que certains projets étaient au stade du concept initial, et on n'était pas allé plus loin. Les analyses de site étaient extrêmement fragmentaires et incomplètes, certains aspects n'avaient tout simplement pas été explorés du tout, en fait.

Puis là je rends justice à mon prédécesseur le député de Rousseau, c'est lui qui, la première fois, à l'automne 2002, je crois, a commencé à dire qu'il faudrait peut-être se préoccuper un peu des budgets de fonctionnement. Curieusement, on n'en avait pas parlé jusqu'à maintenant, on avait laissé l'illusion aux deux organisations que tout ça, c'était une vaste carte de crédit ouverte, sans limite, qu'il n'y aurait aucune difficulté à faire quelque projet que ce soit, alors qu'on sait que c'est faux, puisque les mêmes balises financières essentiellement étaient déjà présentes dans les documents lorsque nous sommes arrivés, ce qui a donné lieu malheureusement à ce que j'appellerais un peu une dérive pharaonique, là, des projets immenses qu'on a voulu constituer, des hôpitaux de 1 000 lits, pour des sommes considérables qui de toute évidence n'étaient pas réalistes.

Alors, il a fallu d'abord refaire le point sur l'avancement des travaux qui étaient encore une fois minimes et très superficiels, ramener les gens sur les trois aspects fondamentaux de ces projets-là qui sont les sites, les budgets, autant les budgets d'immobilisations que les budgets de fonctionnement, et le nombre de lits, le nombre de lits de niveaux 3 et 4, le niveau tertiaire et quaternaire, le nombre de lits plus généraux, puisque ce sont les déterminants qui finalement influent en bout de ligne sur les dépenses de fonctionnement.

Je dois dire que les travaux des deux organisations, à partir du moment où on leur a donné des directions claires et fermes, où on leur a également donné la sensation et la certitude qu'on voulait véritablement avancer et concrétiser ces dossiers-là — parce qu'il faut dire qu'ils avaient complètement perdu espoir dans les deux cas que ces dossiers allaient déboucher, là, sous l'ancien gouvernement — une fois qu'ils ont eu conscience que, effectivement, nous allions aller de l'avant avec ces dossiers-là, la qualité des travaux s'est grandement améliorée. S'est grandement améliorée également l'évaluation de ces travaux, puisque la commission présidée par MM. Brian Mulroney et Daniel Johnson a fait un travail que je qualifierais de remarquable avec une équipe réduite, des ressources qui étaient là également limitées, mais la profondeur d'analyse en a, je crois, surpris plus d'un. Nous, on ne l'était pas, connaissant la rigueur intellectuelle puis la compétence de ces deux personnes-là, et je crois qu'on doit saluer la qualité de leur travail.

Alors, on va finalement en arriver à une décision, on est en train de converser avec les deux organisations sur la façon de finaliser tout ça et d'en arriver à une décision. Cette décision, nous espérons

pouvoir l'annoncer au Conseil des ministres avant les vacances de l'été de façon à ce que là on ait une orientation finale et pratique, définitive qui nous dit: Oui, nous allons de l'avant dans ces projets-là, dont le but principal, ne l'oublions pas, le but principal, ce n'est pas de faire des constructions puis des projets immobiliers, puis qui c'est qui a un plus beau terrain que l'autre, puis qui c'est qui a une plus belle bâtisse que l'autre, le but principal, c'est de développer la médecine académique au Québec et particulièrement à Montréal, notre pôle d'expertise le plus avancé, de le remettre au niveau de ce qui se fait ailleurs en Amérique du Nord pour rattraper le retard qu'on a pris, puis finalement mettre une croix sur le retard que je qualifierais d'inacceptable des dernières années où l'incertitude quant au développement de ces projets-là a amené de nombreux médecins à quitter les deux organisations et cause actuellement encore un retard de développement de notre médecine universitaire.

Alors, on a fait le point, pour répondre en résumé à votre question, on a fait le tour de ces questions. On est en phase d'analyse finale actuellement et on devrait être en mesure, je crois, d'ici quelques semaines ou avant l'été, d'annoncer une orientation finale du gouvernement quant aux deux projets.

Orientations relatives à l'enseignement et à la recherche médicale

M. Marsan: Merci, M. le ministre. M. le Président, est-ce qu'on pourrait poursuivre et profiter de l'occasion où nous parlons des centres hospitaliers universitaires pour connaître votre vision de l'enseignement et de la recherche médicale au Québec et quelle est la place du Québec par rapport à d'autres pays, je dirais, continentaux et européens? J'aimerais savoir de vous un peu votre vision dans le domaine de l'enseignement et de la recherche médicale. Je sais que vous avez pratiqué dans un établissement qui est très bien reconnu dans le monde de la recherche particulièrement. Alors, ce serait intéressant de vous entendre, M. le ministre.

M. Couillard: Bien sûr, il n'y a pas à démontrer l'importance extrême de l'enseignement et de la recherche dans une société qui veut mettre l'innovation au premier plan. Et pour ce qui est de l'organisation de la médecine en milieu universitaire, ça nous ramène, là, à un concept qui est celui du plan de pratique. Un plan de pratique, pour expliquer aux gens qui nous écoutent qui ne savent nécessairement pas de quoi il s'agit, c'est une façon de rémunérer les médecins en milieu universitaire de façon à ce que l'ensemble de leurs activités, que ce soient l'enseignement, la recherche, les soins cliniques, soit considéré de façon égalitaire et non discriminatoire quant à la rémunération globale.

Moi, j'ai eu le bonheur de pratiquer dans un endroit qui s'était doté de lui-même et, je dirais, à la force des poignets d'un plan de pratique entre 1996 et 2003, et je peux vous dire que l'ambiance est totalement différente. J'entendais l'autre jour certains collègues des hôpitaux universitaires de Montréal qui mentionnaient le fait que, par exemple, on faisait beaucoup d'enseignement bénévole dans les hôpitaux universitaires, que les médecins n'étaient pas rémunérés pour ce faire. Je vous

ferai remarquer qu'il y a une organisation au Québec qui l'a fait d'elle-même au prix de grands efforts et s'est constitué une organisation professionnelle, incluant la rémunération, qui fait que, effectivement, maintenant, du moins dans cette institution, au CHUS, toutes les activités des spécialistes en milieu universitaire sont prises en compte dans leur rémunération, qui est d'ailleurs très compétitive par rapport à ce qui existe ailleurs au Québec.

Je voudrais également profiter de l'occasion pour souligner le congrès de l'ACFAS, l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, qui est à l'UQAM, qui se tient cette semaine. J'ai le plaisir particulier à mentionner cet événement parce que mon père a été un des membres fondateurs de cette association-là et je suis content de voir l'ampleur qu'elle a prise au Québec avec les années.

● (15 h 10) ●

M. Marsan: Si vous permettez, je voudrais vous demander si le modèle que vous nous avez présenté, le modèle du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, est un modèle qui pourrait être transportable dans d'autres centres hospitaliers universitaires québécois, M. le ministre.

M. Couillard: Mais nous, on insiste pour que les milieux universitaires, les CHU, se dotent d'un plan de pratique. D'ailleurs, dans les conditions de succès des projets des deux centres universitaires à Montréal, et le rapport Mulroney-Johnson l'établit clairement, la survenue ou l'organisation d'un plan de pratique est une condition sine qua non à la réussite du rehaussement qu'on se fixe, du rehaussement du niveau de pratique universitaire. Et je crois que ça, c'est fondamental.

Donc, on a indiqué de façon claire aux fédérations médicales de même qu'aux organisations universitaires, et notamment celles de Montréal qui veulent développer des nouvelles installations, que l'organisation d'un plan de pratique est essentielle à l'accomplissement de leurs objectifs.

M. Marsan: Croyez-vous qu'au niveau de la recherche, aussi bien la recherche fondamentale que la recherche clinique, le Québec a suffisamment de bons chercheurs? Est-ce qu'on a également un bon plan de carrière pour les chercheurs? Est-ce que vous pourriez nous documenter là-dessus?

M. Couillard: On a beaucoup de chercheurs de très haut calibre au Québec, puis il y a de quoi en être fier, hein? On entend souvent parler des contributions de nos chercheurs québécois. Je crois que là où, dans le réseau de la santé, il faut mettre plus d'efforts, c'est, comme vous venez de le dire, dans la mise sur pied d'un plan de carrière pour les chercheurs-cliniciens. Là, ces jeunes individus, là, qui sont allés se chercher des formations approfondies à l'étranger et qui reviennent avec une double mission, une mission de recherche, souvent en recherche de laboratoire, et une mission de soins cliniques et d'enseignement, jusqu'à maintenant, dans toutes les organisations sauf, encore une fois, celle où j'ai eu le bonheur d'exercer pendant quelques années, c'est très difficile de permettre un cheminement à ces personnes-là qui soit harmonieux et qui

rend leurs conditions de pratique compétitives avec ce qui existe.

Parce que, dans le mode traditionnel de rémunération des médecins spécialistes, c'est à toutes fins pratiques impossible pour l'enseignement et la recherche de compétitionner avec la clinique. Pour parler en termes prosaïques, là, ce sera toujours plus payant d'aller faire une clinique externe ou une chirurgie que d'enseigner à un groupe d'étudiants. Alors, il faut s'assurer que, dans l'ensemble de la rémunération, on tienne compte de l'ensemble des tâches de ces professionnels parce que, oui, on veut plus de médecins, on veut plus de professionnels de la santé, mais il faut qu'ils soient formés dans les bonnes conditions.

M. Marsan: Merci.

Date prévue pour l'approbation des deux projets de centres universitaires de Montréal

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, comme vous le savez, je suis un supporter des projets des centres hospitaliers universitaires, je suis plus familier avec celui de l'Université McGill que celui du CHUM, malgré le fait que je connais les grandes lignes des deux projets, évidemment. Et, comme vous le savez également, je déclare mes intérêts. Le site Glen se trouve à être à peu près 50 % dans mon comté, 50 % dans le comté de notre collègue le député de Westmount—Saint-Louis. D'ailleurs, je veux m'assurer qu'on ait plus que le stationnement dans la partie Notre-Dame-de-Grâce du centre universitaire de santé McGill, il va falloir qu'il y ait un équilibre à cet effet-là aussi.

Je sais, pour avoir, et je l'ai indiqué l'année passée, pour avoir commencé un peu comme un sceptique du projet, au fil des ans, plus j'avais de contacts avec les planificateurs, avec les gens dans le milieu, plus je devenais convaincu que c'est la voie de l'avenir, qu'il faut investir pour renouveler les deux centres universitaires de façon majeure pour s'assurer que Montréal redevienne, et le Québec dans son ensemble, je dirais, redevienne un leader continental sinon mondial dans le traitement, la recherche clinique, et ainsi de suite.

Je sais que les planificateurs de McGill sont à un stade assez avancé, ça fait plusieurs années qu'ils travaillent sur le projet, je connais les grandes lignes du rapport Mulroney-Johnson. Est-ce que vous avez arrêté une échéance plus ou moins définitive sur l'approbation des projets? Parce que vous avez parlé à juste titre du cheminement des deux projets, ça fait des années qu'on en parle, je pense qu'il va falloir qu'on décide, puis qu'on décide rapidement quant à l'avenir des deux projets. Alors, je ne sais pas si vous pouvez nous éclairer sur une échéance plus ou moins définitive avec tous les... sachant la complexité des projets, avec tous les «caveats» nécessaires.

M. Couillard: Bien, d'abord, il faut mentionner que les deux projets sont importants pour le Québec. Et, moi, je l'ai dit à l'Assemblée nationale l'autre jour: On ne me fera pas dériver sur une pente linguistique avec ces projets-là. L'Université McGill, c'est une institution québécoise où beaucoup de Québécois francophones

pratiquent, exercent, enseignent, où beaucoup de patients francophones sont traités, et ça, c'est très important de le dire.

Maintenant, un autre aspect sur lequel je veux insister également, c'est l'aspect de synchronicité des projets. Il m'apparaît très important que ces deux projets cheminent en parallèle et qu'il n'y en ait pas un qui prenne de l'avance sur l'autre de façon inopportune. Alors, c'est quelque chose sur lequel on va être très attentifs.

Bon, il est certain que le projet à l'Université McGill, pas parce qu'ils ont eu un traitement de faveur, parce que le modèle qu'eux ont décidé d'adopter rentre plus facilement dans les balises qu'on avait fixées... Parce que, rappelons-nous ce qu'ils ont fait, qui est une différence fondamentale avec la façon dont le CHUM aborde le problème, ils ont décidé d'emblée que leur hôpital nouveau et leur hôpital complémentaire seraient au sein de la même organisation et qu'il y aurait une concentration de leurs lits de niveau tertiaire et quaternaire dans la nouvelle installation. Il reste, dans l'installation au centre-ville, probablement l'Hôpital général de Montréal. Donc, ceci étant fait, eux, maintenant, évidemment, leur travail est complété, et finalement la commission a constaté la réalité, c'est-à-dire que le modèle qu'ils proposaient rentrait dans les balises surtout au niveau du budget d'opération, du budget d'immobilisations, encore que là il y a des ajustements à faire également.

Pour ce qui est de l'Université de Montréal, moi, je veux que ça commence en même temps, je veux que le signal de départ soit donné, dans les deux côtés, en même temps, de sorte qu'on est en travail actuellement très intensif avec les gens de l'université et du CHUM pour adapter leur projet, et même le modifier, et même modifier les recommandations du rapport Mulroney-Johnson de façon à ce que les balises soient respectées, puisqu'elles ont pu l'être dans l'autre établissement. Et ça, c'est excessivement important.

Donc, ce que j'espérais tantôt, et je le crois possible, c'est d'annoncer via le Conseil des ministres, avant les congés de l'été, des décisions finales quant aux deux projets. Pendant l'été, il y a encore des travaux qui restent à compléter des deux côtés, hein? Il ne faut pas penser qu'à l'Université McGill tout est fait en détail au niveau de la planification, il y a des plans plus précis qui doivent être faits, des travaux d'implantation également plus précis qui doivent être faits, de sorte que je crois que, dans le cas du terrain Glen, où on sait qu'il y a une décontamination à faire, celle-ci pourrait débuter fin 2004, début 2005, et là, par la suite, le calendrier de construction des deux côtés nous amène vers la présence d'hôpitaux disponibles pour la population vers 2009-2010, comme on l'a dit depuis le début, ce qui est le temps nécessaire pour la construction de travaux aussi importants.

Avenir de l'Hôpital Shriners pour l'enfant infirme au Québec

Le Président (M. Copeman): Peut-être un dernier élément, M. le Président... M. le ministre, pardon, toute la question du dossier de l'Hôpital Shriners pour enfants qui est un dossier que je suis de

près, et vous aussi d'ailleurs, je le sais. L'organisation des Shriners a établi très clairement qu'il faut agrandir l'hôpital, qu'ils souhaitent que... que l'emplacement actuel n'est pas adéquat. Il y a, on le sait bien, des discussions à l'intérieur des Shriners pour tenter de... ou qui regardent la possibilité de déménager l'hôpital ailleurs, à l'extérieur du Québec. Malgré le fait que le Shriners est un hôpital privé, je considère, et je pense que tout le monde est d'accord, que c'est un acquis important pour la société québécoise en général et, encore une fois, par le traitement des enfants mais également par la recherche qu'ils font.

Peut-être que vous pouvez nous indiquer sommairement votre vision en ce qui concerne l'avenir de l'Hôpital Shriners pour enfants ici au Québec.

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Ce qu'il faut d'abord dire, c'est que l'Hôpital Shriners est également un acquis important pour la population du Québec. Peu de gens savent qu'il y a là une expertise de niveau international en orthopédie pédiatrique et particulièrement une activité de recherche sur le métabolisme osseux qui est connue partout dans le monde et, en passant, faite par des francophones du Québec. Je tiens à le mentionner. Alors, ceci donc nous amène à considérer qu'il est important que l'Hôpital Shriners reste au Québec, et nous allons faire tout en notre possible pour que ce soit le cas.

Maintenant, bien sûr, ils auront, avec les années d'incertitude, développé de plus en plus d'impatience quant au fait qu'on statue sur le futur de l'hôpital universitaire de McGill auquel ils désirent demeurer attachés. Alors, nous avons bon espoir que, lorsque les décisions finales seront concrétisées, annoncées, ils verront qu'effectivement nous allons avoir à Montréal deux des hôpitaux les plus modernes d'Amérique du Nord dans quelques années, qu'ils voudront rester parmi nous et faire bénéficier notre population de leur expertise.

Maintenant, il faut quand même considérer que, là-dedans, il y a des choses positives qui ont été faites. Bien sûr, ils se voient offrir littéralement un terrain, une partie du terrain qui va recevoir l'hôpital universitaire de McGill. L'échéancier va être clarifié, et en fait on a exprimé à plusieurs reprises, autant de la part du premier ministre que de la part de mon bureau, notre support à la nécessité pour eux de rester au Québec, parmi nous. Et c'est important pour notre population.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, à ma gauche...

Mme Roy: Sur le même sujet.

Le Président (M. Copeman): ...sur le même sujet, je vais enchaîner avec...

• (15 h 20) •

Mme Harel: Sur le même sujet aussi, des CHUM.

Mme Roy: Ah, allez-y.

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

Mme Harel: M. le Président, sur la question des centres hospitaliers universitaires, le ministre a-t-il pris connaissance des déclarations que l'on retrouvait dans la revue de l'Université de Montréal, *Le Forum*, le journal *Le Forum*, de même que dans *L'Actualité médicale* en date du 28 avril? Donc, c'est tout à fait récent. Et je pense que cette déclaration du doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le Dr Rouleau, résume bien la problématique. La problématique, je pense qu'elle est la suivante, et je cite, là, l'article dans *L'Actualité médicale*: «Les représentants du CHUM estiment que le morcellement des activités universitaires dans deux établissements, les hôpitaux Saint-Luc et Notre-Dame, va nuire à l'enseignement et à la recherche, une opinion que partage le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.» Alors, ce que le ministre disait tantôt à propos du modèle de McGill qui est un modèle, un site universitaire, un hôpital général, malheureusement, dans le rapport des recommandations Mulroney-Johnson, ce n'est pas un hôpital général et un site universitaire pour le CHUM, à Montréal, pour l'Université de Montréal, c'est deux sites universitaires. C'est là où le bât blesse, comme on dit. Et c'est repris notamment dans le journal *Le Forum*, et je cite le recteur de l'Université de Montréal: «Le problème majeur, c'est le site évalué sur une très courte période de temps. Je trouve bizarre, renversant que tant d'experts aient pu se tromper de façon aussi magistrale pendant si longtemps», a lancé M. Lacroix, recteur de l'Université de Montréal, devant les membres de l'assemblée universitaire réunie le 26 avril. Là, c'est tout à fait récent, et là je le cite: «La communauté universitaire ne veut pas se lancer dans un projet qui nous mènera dans un cul-de-sac au bout d'un an et demi», a rappelé le recteur. Alors, je pense que c'est là l'élément qui fait le plus problème.

Sur les plans de pratique, rapidement, le ministre aura l'occasion certainement, lors de la négociation des ententes salariales qui sont toutes en échéance, hein, n'est-ce pas, avec la Fédération des médecins spécialistes, la Fédération des médecins omnipraticiens, les résidents... Les résidents, c'est depuis le 30 juin dernier. Alors, notamment avec les médecins spécialistes, est-ce qu'il entend faire... discuter à la table ce plan de pratique dont il nous a parlé, il y a quelques minutes, dont il nous a parlé en juillet, dont il parlait également durant la campagne électorale?

Simplement signaler, M. le Président, que, dans les livres de crédits, à la question portant sur l'échéancier dans le dossier des deux futurs centres hospitaliers universitaires, la réponse, à la page 542, se lit comme suit: «Cette question ne semble pas pertinente à l'étude des crédits.» Heureusement que le député de D'Arcy-McGee a posé la question.

Une voix: ...

Mme Harel: De Robert-Baldwin, excusez-moi. Heureusement que le député de Robert-Baldwin a posé la question. Mais l'entourage du ministre ne considérerait pas que c'était pertinent de discuter de cette question-là.

Alors, on avait entamé la discussion sur le projet de loi n° 30, c'est-à-dire la loi n° 30; malheureusement, c'est une loi, elle est même contestée devant les

tribunaux, le ministre l'a rappelé. Je voulais lui mentionner que, tout à fait à l'opposé de ce qu'il prétend, l'opposition a toujours réitéré que l'objectif est tout à fait souhaitable, objectif de regrouper des accréditations syndicales. Mais cet objectif souhaitable est mis en échec par la manière autoritaire et antisyndicale dont il a mené le dossier. Je sais combien de fois en commission parlementaire je lui ai dit: M. le ministre, avec l'ouverture qui vous est exprimée par les représentants des organisations syndicales, mais engrangez cette bonne volonté. En quoi consiste-t-elle, cette bonne volonté? Elle consistait à regrouper par syndicats les unités d'accréditation syndicale détenues, par exemple: regroupement de CLSC. Alors, la Fédération des infirmières peut détenir huit accréditations. Lorsque ces accréditations sont détenues par un syndicat, on les regroupe. Ça donnait, dans les cas de figure les plus extrêmes, comme par exemple dans les hôpitaux universitaires, plutôt que 57 ou 63 accréditations, 11, maximum. Non, le ministre, il en voulait quatre, pas plus que quatre. Alors, il y a même, finalement, un objectif qui est sous-jacent à cette loi antisyndicale et autoritaire, qui est de fractionner. Je ne sais combien d'établissements avaient un syndicat qui représentait 85 %, 90 %, 95 % de tous les employés.

Alors, à l'opposé, plusieurs nous ont d'ailleurs dit: Pourquoi vous n'avez pas demandé de changer le titre de la loi? Il ne fallait pas appeler ça un regroupement. Nous, on nous fractionne. On avait un syndicat puis on va se retrouver quatre. Alors, on voit que... Je pense que malheureusement il s'est enlisé dans cette législation qui, à sa face même, là...

Avis du ministère du Travail sur le regroupement des accréditations syndicales

Et c'est la question que je vais lui poser: Peut-il déposer l'avis qui lui a été transmis par le ministère du Travail sur l'ensemble de cette question de regroupement d'accréditations syndicales?

M. Couillard: On va vérifier, M. le Président, à quel avis on fait référence, s'il existe, là. Parce que c'est certain que c'est une loi qui a été préparée en conjonction avec le ministère du Travail puis la Commission des relations de travail également, puisque non seulement il ne s'agit pas d'une loi antisyndicale — puis je l'ai exprimé à plusieurs reprises, tous les syndiqués sont encore syndiqués — il y aura même plus de syndiqués après qu'avant dans le réseau de la santé.

Puis là je suis obligé de le redemander: Si c'était si simple que ça, comment ça se fait que ça n'a pas été fait avant? Je pense que c'était parce que c'était trop dur, M. le Président. Il fallait le faire, mais une autre fois, une autre année, une autre année. Pas cette année. Mais, finalement, il a fallu que quelqu'un le fasse, puis c'est nous qui l'avons fait, pour le plus grand bénéfice du système de santé du Québec. Puis là l'ensemble des observateurs depuis longtemps le disaient, y compris la commission Clair, y compris tous les observateurs du réseau. Il fallait que ce soit fait, et on l'a fait.

Et, quant au nombre de catégories d'emploi, il faut se souvenir que, dans la version initiale, on en avait prévu cinq, que, suite aux demandes de certaines

centrales syndicales qui voulaient voir conserver des vastes unités d'accréditation du type industriel, on a baissé à quatre, ce qui, en passant, est le même nombre d'unités d'accréditation qui existent dans le milieu municipal ou dans le milieu scolaire. Alors, ce n'est pas quelque chose d'inouï ni d'inconnu.

D'autre part, je ferai remarquer que des législations semblables ont été faites dans au moins trois autres provinces canadiennes. Alors, il ne s'agit pas de révolution, il s'agit juste de la loi du gros bon sens puis de la façon d'adapter l'organisation des services... d'adapter l'organisation du travail aux besoins du service et non pas l'inverse. Et ça fait longtemps que c'était nécessaire dans notre réseau de santé.

Maintenant, pour ce qui est de ce qu'on a demandé tantôt, le ministère du Travail, comme on dit, a été consulté, a élaboré le projet de loi en notre compagnie. Il n'y a pas d'avis écrit qui a été fait par le ministère du Travail. Il y a, à la rigueur, eu des échanges de documents de travail, mais pas d'avis écrit du ministère du Travail sur la question.

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

Mode de nomination des membres des conseils d'administration des agences régionales et des instances locales

Mme Roy: Alors, M. le Président, l'an dernier, en étude des crédits, on avait entendu M. le ministre dire, et je cite: «Il faut enlever la petite politique avec un petit p, les petites chicanes, les guerres de clocher — moi, je veux ci; moi, je veux ça — parler à son député, parler à son ministre. Lui, il va faire ça, puis, moi, il ne le fera pas. Ce genre de manigances-là qui, je dirais, envahit le système depuis des années. Il faut que ça arrête. C'est bien entendu que ces manières de fonctionner n'ont plus leur place dans le système de la santé.»

Cependant, le 15 janvier de cette année, on apprenait, par le biais d'un article du journal *Le Nouvelliste*, que le ministre avait envoyé une lettre seulement adressée aux députés ministériels leur demandant des recommandations sur les nominations des personnes par les agences. Je voudrais savoir pourquoi il s'adresse seulement aux députés ministériels, si les recommandations qui ont été faites ont été suivies et si l'intention de changer le système, qui était un système d'élus, où les agences ou régies régionales... par des agences nommées par les amis du pouvoir au niveau des agences...

M. Couillard: Alors, M. le Président, il s'agit, rappelons-le, de conseils d'administration transitoires, autant ceux des agences que ceux des instances locales qui seront formées. Pour la gouverne de tout le monde, il faut mentionner qu'il y a beaucoup d'autres sources de consultation qui ont été faites, notamment l'établissement, les régions et les agences régionales. Et bien sûr la revue attentive des gens qui sont à ces conseils d'administration au niveau régional montrera qu'il y a des gens de toutes les colorations politiques qui y sont, y compris des gens qui se sont présentés aux élections

contre notre formation politique. On n'a pas demandé à personne ses cartes de membre de parti politique. On voulait s'assurer cependant le plus possible que les gens qui soient là appuient l'essentiel de la philosophie de la démarche qu'on entreprenait. Et, s'il y a quelque chose, on retrouve probablement plus d'opposants politiques que de gens qui sont de notre côté sur le plan de l'orientation politique dans ces organismes-là.

• (15 h 30) •

Pour ce qui est des conseils d'administration des instances locales, la loi dit que les suggestions doivent venir des établissements, elles nous seront acheminées par les P.D.G. des agences pour toutes les instances et seront nommées encore une fois pour une période transitoire de deux ans. Pendant ce temps-là, nous allons faire la loi de transition, c'est-à-dire l'adaptation de la loi santé et services sociaux pour prendre acte de toutes ces modifications, dont la constitution définitive des conseils d'administration, leur caractère électif, le caractère de représentation de la population et toutes ces questions qui seront alors établies de façon définitive.

Effets de la réorganisation des services de santé et des services sociaux dans Chaudière-Appalaches

Mme Roy: En ce qui concerne la région Chaudière-Appalaches et l'implication des nouvelles structures, il y a eu quelques années, durant quelques années, une régionalisation qu'on a appelée en matière de santé mentale. Le centre de réadaptation de déficience intellectuelle de Chaudière-Appalaches est apparu. Les résultats de ces démarches-là ont fait que, dans notre comté, on avait 12 intervenants au niveau de la santé mentale et on est passés de cinq.

Le fait qu'on régionalise, souvent, pour toutes les régions périphériques, tout ce qui est en périphérie de l'agence, bien, ça crée un pouvoir d'attraction autant pour les ressources financières que pour les ressources humaines d'ensemble de la région, alors que — je vais prendre par exemple le comté de Lotbinière — on sait très bien que notre monde, dans Lotbinière, pour la partie Chaudière-Appalaches, n'iront pas à l'hôpital de Lévis. C'est plus simple pour eux de traverser le pont puis de se rendre au CHUL. Ça fait que finalement, ils perdent tout. Ils n'ont pas un centre, un cœur plus fort — celui de Lévis — ils ne l'ont pas parce qu'ils n'y vont pas, et puis tout ce qui est en périphérie comme ressource va aller vers le centre.

Et puis finalement, comme troisième problème, ils sont à côté du Centre-du-Québec, région qui est très, très défavorisée en termes d'effectifs médicaux. Ils subissent la pression de leurs voisins également. Ils ne peuvent pas aller sur le côté de Centre-du-Québec parce qu'il n'y en a pas, de médecin disponible par là. Voyez-vous, on fait des vaccins autrement dit dans les centres comme celui de Chaudière-Appalaches, ça attire tout ce qu'il y a en périphérie.

M. Couillard: Bien, en fait, ce n'est pas tout à fait ce qui va se passer. Notamment, l'organisation en santé mentale dans Chaudière-Appalaches est très intéressante, hein, la dispersion des soins puis l'organisation au niveau des localités, quelque chose qui a été

certainement apprécié puis regardé par d'autres régions actuellement. On a donné l'assurance qu'il n'y aurait pas de changement de ce côté-là.

Mais l'essentiel de la question que vous soulevez ou que la députée soulève, M. le Président, c'est la question des habitudes de consommation de soins, et je réitère: Il n'est pas question pour personne de se faire dire qu'il doit aller consulter à tel endroit. Les gens peuvent continuer... Si les gens veulent continuer à prendre le pont puis aller au CHUL, bien, ils continueront à prendre le chemin, puis iront au CHUL. L'organisation, mise en place à la loi n° 25, vise à donner aux gens sur un territoire donné une garantie d'accessibilité à des soins intégrés, et c'est ce qu'on veut faire: en aucun cas minimiser le déplacement des gens ou brimer leur liberté de choisir leur médecin ou leur institution. Ce qu'on espère à la longue, c'est que les localités vont développer une offre de service attrayante, de façon à ce que les gens constatent et considèrent qu'il est plus intéressant pour eux de rester localement pour obtenir leurs soins. Mais, compte tenu de la pénurie de médecins qu'on connaît actuellement, c'est bien sûr que les gens vont continuer à se déplacer ailleurs pour obtenir des services, c'est certain. Mais en aucun cas on veut restreindre la liberté de choix puis la liberté d'accès des gens.

Effectifs médicaux au Centre de santé des Etchemins

Mme Roy: Justement, au niveau des effectifs médicaux, on voit que certains milieux plus organisés se prennent en main et cherchent à avoir des effectifs médicaux comme le centre Etchemins. Maintenant, Mme la députée de Bellechasse se disait confiante de voir le centre de santé des Etchemins accueillir les trois médecins désireux de s'établir sur son territoire. Elle espérait une — suite à l'intervention du député de Rivière-du-Loup — une intervention de votre part sur cette situation-là. Est-ce que le centre de santé Etchemins est en mesure maintenant d'accueillir les trois médecins qui voulaient s'y établir? Puis est-ce qu'on envoie encore au milieu le message qu'ils peuvent s'investir et dans le but de mobiliser des effectifs médicaux et trouver une solution aux problèmes qu'ils vivent?

M. Couillard: Effectivement, le message qu'on entreprend, qu'on envoie, est double. D'abord, on est là pour soutenir le centre de santé des Etchemins et les autres endroits qui ont des problèmes d'effectifs. Mais j'ai très bien expliqué tantôt qu'un plan d'effectifs, c'est là pour être appliqué et, à partir du moment où on donne des dérogations à un plan d'effectifs, le plan tout entier va s'écrouler. Et c'est toute l'économie de la répartition des médecins qui est mise en danger. Je rappelle également que les répartitions des médecins par le plan d'effectifs ont été faites sur une base régionale, et c'est la région qui a déterminé de façon sous-régionale où allaient les nouveaux facturants; il y en a eu cinq à Saint-Georges-de-Beauce si je me souviens bien, et un aux Etchemins. Je ferais remarquer qu'il y avait un représentant des Etchemins à la table lorsque cette décision s'est prise.

Maintenant, ce que j'ai dit de façon claire, c'est que, d'une part, il n'y aurait pas de dérogation au plan d'effectifs, mais d'autre part, si l'organisation des Etchemins veut faire une entente avec un autre établissement ou la région de Chaudière-Appalaches veut faire une entente avec une autre région pour devancer un recrutement et s'échanger, si vous me permettez l'expression, des postes, on va être tout à fait ouvert à ça, mais il faut que ça se fasse de façon volontaire entre partenaires consentants, comme on disait, parce que, si on commence à donner des dérogations pour un endroit, pourquoi est-ce qu'on n'en donnerait pas à l'autre, puis à l'autre, puis à l'autre, puis à l'autre, puis, à ce moment-là, il n'y aura plus de plan d'effectifs. Et c'est d'ailleurs ce qui est arrivé au cours des dernières années. Avec la bonne volonté, on mettait en place un plan d'effectifs, mais, moi, je le sais bien. Quand j'étais à Sherbrooke, il n'y a pas une dérogation qu'on a demandée qui n'a pas été acceptée. C'était automatique. C'était presque rendu caricatural.

Alors, si on veut qu'un plan d'effectifs vive, fonctionne dans un climat de pénurie d'effectifs, il faut être rigoureux puis dire aux gens: Écoutez, on ne donnera pas de dérogation, mais vous avez la latitude, vous avez des outils à votre disposition pour vous y adapter. Et j'ajoute que ceci est suivi par un comité paritaire entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le ministère, de sorte qu'il y a certainement lieu de faciliter de telles ententes. Mais, là-dessus, j'entends être très rigoureux.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée de Taschereau.

Intentions concernant le Pavillon Saint-Charles-de-Limoilou, à Québec

Mme Maltais: Merci, M. le Président. J'aimerais parler un peu des CHSLD, un sujet qu'a évoqué tout à l'heure le ministre. La priorité numéro un de l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et services sociaux de Québec est le Pavillon Saint-Charles-de-Limoilou, dans lequel il y a des travaux qui sont en cours depuis à peu près l'an 2000. Ça chemine. On est passé à travers à peu près toutes les étapes normales et on est rendu... le ministre, le 18 septembre, a signé... vous avez signé, M. le ministre, l'autorisation de l'achat d'un terrain.

Ce que c'est, la résidence Saint-Charles-de-Limoilou, c'est 98 lits, trois sections, des chambres simples et doubles. Pour donner une idée de la grandeur des chambres, la moyenne des chambres, la grandeur que c'est suggéré normalement, elle est, de, je pense — j'ai ça ici, là — ne doit jamais être inférieure à 19,5 m². Les chambres sont autour de 10 à 14 m²; des chambres semi-privées, donc à deux personnes, ont des superficies variant entre 13 et 24 m², alors que, pour une personne, c'est 19,5 m², et c'est quelque chose qui est bien connu au ministère, bien connu à la régie. Les travaux avançaient très bien. Le ministre a autorisé l'acquisition d'un terrain le 18 septembre 2003. Depuis, plus aucune nouvelle.

Alors, M. le ministre, est-ce que, enfin, le Pavillon la résidence Saint-Charles va être bâtie? Est-ce qu'on va sortir ces 98 lits et les 90 personnes qui y

vivent dans des conditions qui sont, ma foi, assez difficiles? Exemple, il y a quatre toilettes et une douche pour 27 personnes. Est-ce que nous allons enfin voir la réalisation cette année, dès cette année, de la résidence Saint-Charles-de-Limoilou ou bien, ou bien s'il va se passer ce qui est écrit dans *Briller parmi les meilleurs*, c'est-à-dire qu'il faudrait attendre des PPP, donc deux à trois ans, avant de voir quoi que ce soit bouger? Rassurez-moi, M. le ministre.

M. Couillard: Je ne veux que vous rassurer, Mme la députée. Alors, effectivement, puis je dois dire que, là-dessus, notre collègue le député de Limoilou, M. Després... Oups! Le député de Limoilou a fait beaucoup de pressions et d'actions pour que ce dossier-là progresse, ce qui a permis de confirmer l'achat du terrain. Effectivement, le dossier demeure en première priorité dans les priorités régionales. Dès que notre plan triennal d'immobilisations est disponible, s'il est encore là, il n'y a pas lieu de soupçonner qu'il lui arriverait quoi que ce soit.

Ce que j'ai compris, c'est que c'est un dossier qui, depuis plusieurs années, était dans les priorités régionales qui, chaque fois, se trouvait déplacé par un autre projet qui devenait soudainement plus important. Mais vous avez entièrement raison de le soulever, puis je vais même renchérir sur vos remarques. Dans les constatations qu'on a faites lors des visites d'établissements de soins prolongés, on a exactement le genre de situation qui est présenté ici, c'est-à-dire qu'on a trouvé, par exemple, une baignoire pour 45 personnes dans un endroit, des chambres à trois ou à quatre. Ces genres de milieux là pour des personnes en perte d'autonomie, ce n'est vraiment pas acceptable. Donc, il y a, d'une part, l'urgence de rénover ces places-là, les mettre à niveau, d'autre part, également, comme on le disait plus tôt, de construire des nouvelles installations.

Alors, quant au mode de réalisation de ce projet-là en PPP ou en mode traditionnel, ça peut être évalué au cas par cas, mais on n'a pas l'intention de le ralentir. Il y a ça puis il y a également l'autre hôpital que vous connaissez à Québec, Saint-Sacrement, là, qui est un autre cas similaire qu'on veut voir progresser rapidement, et il faut remarquer cependant que, un des avantages des partenariats public-privé — parce qu'il ne s'agit pas d'une panacée non plus, je suis certain qu'on aura l'occasion d'y revenir — c'est une progression plus rapide des travaux et une date en général plus fixe quant à la livraison de l'édifice. C'est un des avantages qu'on a. Mais je n'ai pas encore... il n'y a pas eu de décision quant au mode de réalisation de ce projet-là, mais on ne veut certainement rien faire pour le ralentir.

Mme Maltais: Merci, M. le Président, je peux continuer sur les PPP?

● (15 h 40) ●

Le Président (M. Copeman): Il reste quelques minutes à peine.

Partenariat public-privé pour les travaux au Pavillon Saint-Charles-de-Limoilou et au Centre hospitalier Robert-Giffard, à Québec

Mme Maltais: Alors, un autre exemple de ce qui se passe et qui est difficile, M. le ministre, dans la

région, le Centre hospitalier Robert-Giffard aussi, ça fait aussi dans ce cas-là deux ans qu'il y a des travaux qui se font et, depuis un an, toujours aucune nouvelle de votre ministère. Alors, comprenez bien qu'il y a un certain... les ailes H2, H3 du Robert-Giffard — vous le connaissez, M. le ministre, vous l'avez visité en décembre à peu près — et je ne ferai pas lecture du dossier, là, si on s'amuse à faire ça, ça ferait probablement frémir les personnes. Ça allait bien puis encore une fois depuis un an, depuis que vous êtes au pouvoir malheureusement, il semble y avoir ralentissement du dossier, et là c'est très, très, très sérieux ce qui se passe à Robert-Giffard, dans les ailes H2, H3. Je dis: Il semble, M. le ministre. Je suis bien prête à entendre, mais ce que je suis allée voir récemment, c'est ce qu'on m'a dit.

Si on passe par des PPP, M. le ministre, ce que ça veut dire, la loi n'a pas encore été déposée à l'Assemblée nationale, ça n'a pas encore été vu. Ensuite de ça, il faudra créer l'agence qui fera les PPP, aller en soumissions, déposer des modèles. Ça, c'est deux ans. Alors, M. le ministre, ma question est simple: Est-ce que la résidence Saint-Charles-de-Limoilou et le Centre hospitalier Robert-Giffard, ailes H2, H3, sont susceptibles de tomber dans un processus des PPP, ce qui signifie retarder d'environ deux ans ces projets qui sont importants?

M. Couillard: Dans le cas de Robert-Giffard, je suis allé, moi également, ces unités dont vous parlez. Les cas de rénovation de d'installations existantes, c'est peu probable qu'on ait recours à la formule PPP. L'ensemble des experts internationaux disent que ce n'est pas les circonstances aussi idéales de le faire. C'est plutôt dans la construction de nouvelles installations que la formule peut avoir son avantage. Alors, pour ce qui est de Giffard, je pense bien qu'on peut dire que là-dessus les rénovations vont être faites en mode traditionnel. Pour ce qui est de Saint-Charles, bien ça va être à évaluer, puis, encore une fois, je ne veux rien faire pour retarder le projet compte tenu de son urgence à laquelle vous avez fait bien allusion. Cependant, je ferai remarquer la chose suivante: c'est qu'autant dans le cas de Robert-Giffard que dans le cas de Saint-Charles, c'est des projets qui, depuis plusieurs années, sont dans la liste des priorités des régions et, en passant, ils ont été recalés à plusieurs années de suite à cause du centre mère-enfant qui était cher à une de vos consœurs, là, à l'époque et qui explique en grande partie qu'une grande partie du budget d'immobilisations de Québec ait été attribué, utilisé pour ce projet-là.

Alors, il faut réaliser également tous les retards qui ont eu lieu depuis des années, et ça, c'est clair, et les gens des milieux nous le disent très bien: On était en premier, on était en premier, puis, chaque fois, il arrivait quelque chose, chaque fois il arrivait quelque chose pour nous déplacer dans la liste de priorités. Nous, on veut bien les faire, ces projets-là, on va les faire le plus rapidement possible. Dans le cas de Robert-Giffard, c'est clairement un cas où il faut procéder en mode traditionnel. Dans le cas de Saint-Charles, la priorité, c'est de donner l'accès à des lits rénovés aux gens le plus rapidement possible compte tenu de l'état de vétusté, et on va cheminer de ce côté-là. Puis on pourra se tenir au courant mutuellement du progrès dès que notre plan triennal d'immobilisations nous est rendu disponible.

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

Intentions concernant l'implantation des groupes de médecine de famille

M. Auclair: Merci, M. le Président. M. le ministre, ce matin, je vous ai posé une question au niveau des groupes de médecine familiale. Vous avez brièvement signifié qu'à Laval nous avions trois nouveaux GMF qui avaient été instaurés. À l'égard de ça, vous avez souligné l'importance du groupe de médecine familiale de la Concorde. C'est sûr que les groupes de médecine familiale, bon, c'est quelque chose sur le terrain qui est très... qui a sa pertinence, que tout le monde dans le fond semble se les arracher. Est-ce que le fait qu'on parle des groupes de médecine familiale — parce qu'il y a des distinctions, il y a tellement d'acronymes à travers tout ça, je vais essayer de me retrouver aussi dans mes notes — pouvez-vous me dire si les GMF, les groupes de médecine familiale, est-ce qu'ils vont continuer d'être instaurés en unités de médecine familiale ou il n'y en aura plus du tout, il n'y en aura plus du tout d'unités de médecine familiale?

M. Couillard: M. le Président, c'est deux concepts différents: le groupe de médecine de famille, c'est une organisation professionnelle pour donner des services à la population; et l'unité de médecine de famille, c'est une organisation d'enseignement qu'une faculté de médecine se donne pour avoir, sous un même endroit géographique, des patients qui sont constitués en unités de façon à ce qu'une équipe de médecins se succèdent pour également s'en servir comme milieu d'enseignement. Il n'y a pas d'exclusion, on peut très bien avoir, à l'intérieur d'un groupe de médecine famille, une unité de médecine de famille affiliée à une faculté de médecine, par exemple. Il n'y a pas du tout d'empêchement de l'un vers l'autre.

M. Auclair: Et, au niveau des groupes de médecine familiale, est-ce que vous allez prioriser les groupes de médecine familiale venant des cliniques privées et vous allez, du même chef, ignorer la possibilité des groupes de médecine familiale des CLSC ou il va y avoir une possibilité de maintenir et de continuer à développer les deux concepts, parce que, sur le terrain, on semble faire une distinction majeure au niveau des CLSC, les médecins des CLSC et les médecins des cliniques privées?

M. Couillard: La grande majorité des offres qui nous parviennent viennent des cliniques privées, parce qu'elles veulent se doter d'une infrastructure qui est déjà présente au CLSC en termes de présence d'un infirmière liaison, aspect multidisciplinaire, etc. Mais il y a quand même quelques projets qu'on a accrédités en lien avec les CLSC, dont celui du CLSC Côte-des-Neiges, par exemple, ou à Verdun, où il y a une coopération entre une clinique privée puis le CLSC de Verdun. Donc, c'est certainement possible de continuer.

Vous savez qu'on a actuellement 76 groupes de médecine de famille accrédités avec 758 médecins, 77 infirmières, 124 sites de cliniques, 182 000 patients

inscrits. Je pense qu'après l'évaluation qu'on en a faite on constate qu'il s'agit effectivement d'une très bonne formule. Et, lorsqu'on continue l'accréditation, on essaie d'aller par région géographique et s'assurer que, lorsqu'on accrédite des groupes en région, on accrédite plusieurs groupes dans une même région, de façon à ce qu'on donne tout de suite à cette population une offre de service de niveau supérieur plutôt qu'y aller de façon éparpillée. Alors, par exemple, récemment, en Montérégie de l'est, on a accrédité quatre groupes d'un coup dans la région de Granby, Brome-Missisquoi, pour vraiment constituer une masse critique à cet endroit-là.

Rythme et coût d'implantation des groupes de médecine de famille

M. Auclair: Et, au niveau du coût de l'instauration, le... Parce que, bon, s'il y a certains délais... il y a certaines personnes qui ont soulevé qu'on ne constituait pas de GMF à cause d'une question de budget. Qu'est-ce qu'il en est vraiment de ça, M. le ministre?

M. Couillard: Non, et on continue de les accréditer. En fait, on les a accrédités à un rythme accéléré, puisque rappelons-nous qu'à notre arrivée il y en avait une vingtaine; il y en a maintenant 76, puis, dans quelques jours, où on en a accrédité d'autres, les crédits disponibles cette année pour le développement de la médecine de première ligne devraient nous permettre d'accréditer 50 nouvelles unités, surtout des groupes de médecine de famille, mais également la formule équivalente ou qui est proche à Montréal des cliniques médicales associées.

Les budgets non récurrents d'installation pour un groupe de médecine de famille, bien, il y a 60 000 \$ de budget de fonctionnement non récurrent: l'ameublement, formation, la phase préparatoire, le chargé de projet; il y a également, sur le plan de l'informatique, des laboratoires pour environ 168 000 \$ d'immobilisations. Donc, 168 000 \$ pour 60 000 \$, on est autour de 220 000 \$ de budget non récurrent, et le budget récurrent d'un groupe de médecine de famille type, là — évidemment, c'est une moyenne — c'est autour de 575 000 \$. Donc, on voit que c'est des sommes quand même importantes si on les multiplie par le nombre des groupes de médecine de famille qu'on accrédite, mais on constate que, sur le plan de l'offre de service puis de la satisfaction des patients, ça en vaut largement la peine. Quant à la possibilité également d'agir comme facteur d'attraction et de rétention des médecins également, c'est un autre facteur qui est apparu dans l'évaluation.

M. Auclair: Et ces budgets-là, juste pour confirmer, ces budgets-là, si... Par exemple, à Laval, disons qu'on instaure quatre nouveaux GMF, quatre nouveaux groupes de médecine familiale à Laval dans un avenir, ces budgets-là, est-ce qu'ils proviennent des fonds de la Régie régionale de Laval ou de l'agence, la nouvelle agence, ou ces fonds-là vont venir d'une enveloppe qui est prédéterminée à votre ministère?

M. Couillard: Ils sont accordés lors de la désignation par des fonds récurrents destinés à la

médecine de première ligne originaires du ministère, mais ils sont par la suite intégrés à la base récurrente.

Nature et rôle des cliniques médicales associées et des cliniques agréées

M. Auclair: Et, au niveau des... — une dernière petite question au niveau des GMF, des groupes de médecine familiale — puis vous avez parlé aussi des cliniques médicales associées, les fameuses CMA. Est-ce que, dans un avenir... Parce que, également, ça, au niveau des cliniques privées, certaines personnes laissaient entendre qu'on pourrait, vu le coût — parce que vous avez parlé de coût également, là, d'instaurer tous les GMF, les groupes de médecine — est-ce qu'on peut entendre ou, en tout cas, répondre à ces gens-là que les groupes de médecine familiale vont continuer à s'instaurer, ou c'est les CMA, les cliniques médicales associées, qui vont remplacer? Et si vous pourriez aussi, pour l'intérêt de certaines personnes, vraiment déterminer et présenter c'est quoi, une clinique médicale associée.

M. Couillard: Bien, il est apparu, avec l'évaluation puis l'évolution des pratiques, qu'en milieu urbain fortement peuplé, comme par exemple le milieu de Montréal, il y a eu un intérêt pour les GMF, parce qu'il y a quand même six groupes de médecine de famille accrédités sur l'île de Montréal, mais l'intérêt est beaucoup moins rapide à Montréal qu'il ne l'est en région pour plusieurs raisons, essentiellement les habitudes de pratique des médecins à Montréal, une certaine méfiance quant à la formule, sa lourdeur administrative, etc. On voit qu'au contraire, en région, ça a été largement suivi même dans les régions périphériques péri-urbaines, dont Laval par exemple. Alors, on est en train de développer le concept des cliniques médicales associées, qui est celui d'une clinique associée à un réseau local de services — d'où l'importance de mettre sur pied ces réseaux locaux — où il y a accès à des médecins de famille, inscription de la clientèle vulnérable — parce qu'on ne voulait surtout pas créer des gigantesques cliniques sans rendez-vous — et accès à un plateau technique soit d'une clinique privée — «plateau technique», on veut dire radiologie, analyses de laboratoire — soit dans les partenaires privés, soit dans un hôpital public, de façon à ce que la personne qui va voir son médecin, disons, pour température et tout sache qu'elle peut savoir son diagnostic sans être obligée de passer par la salle d'urgence de l'hôpital, parce que, souvent, c'est ce qui arrive actuellement. La personne présente des symptômes de ce type-là, se dit: Bien, ça ne sert à rien que j'aille voir mon médecin parce que de toute façon il va m'envoyer à l'hôpital, parce qu'il ne peut pas me faire passer les tests. La personne va s'asseoir à la salle d'urgence des heures pour attendre sa radiographie pulmonaire.

● (15 h 50) ●

Ce qu'on veut, c'est donner un accès au plateau technique rapide à partir de la clinique médicale, avec retour du rapport au niveau du médecin traitant rapidement également, et qu'on ait sur place une affiliation à un hôpital et une inscription des gens. Parce que la

Direction de la santé publique de Montréal il y a quelque temps a fait une étude très importante, très intéressante qui montre que, dans le problème d'engorgement des urgences sur l'île de Montréal, il y a environ 35 000 personnes qu'on qualifie de vulnérables — ça, c'est des gens âgés, des gens avec des maladies chroniques ou des handicaps — qui sont finalement celles qui font les portes tournantes dans les urgences et qui sont souvent des orphelins qui n'ont pas de médecin de famille. Alors, c'est pour cette raison qu'on a résisté au concept d'une clinique sans rendez-vous ou qu'on ait insisté pour que le concept d'inscription et de prise en charge soit également au cœur de cette formule-là, de façon à ce qu'on ne crée pas plus de patients orphelins — si on me passe l'expression — au moyen de cette nouvelle façon d'organiser les soins.

Je dois dire que l'intérêt dans le milieu est très grand. La direction régionale de médecine générale de Montréal est très intéressée. Il y a déjà eu plusieurs, on me dit, à peu près 60 dépôts de projets de différentes cliniques ou même de certains CLSC. On a vu récemment Pointe-aux-Trembles parce qu'il n'est pas exclu qu'un CLSC devienne également une clinique médicale associée. Donc, l'intérêt sur le terrain est là. On est en train de finaliser les modalités avec l'agence, les établissements, la Fédération des médecins omnipraticiens de façon à s'assurer que, lorsque ça débutera, ça commencera sur le bon pied.

M. Auclair: Maintenant... Bien, c'est une...

Mme Harel: ...sur le même sujet que je pose une question très courte...

M. Auclair: Oui, oui, tout à fait.

Mme Harel: La clinique médicale associée, en quoi est-elle différente des cliniques agréées, la formule que l'on retrouve dans le document *Moderniser l'État*, rendu public par la présidente du Conseil du trésor?

M. Couillard: Ce n'est pas la même chose. Dans les deux cas, il s'agit de cliniques dont la propriété est privée; dans le cas des cliniques médicales associées, il s'agit d'un établissement de première ligne dans lequel on met à la disposition un plateau technique. Le concept des cliniques médicales agréées — puis là il faut leur trouver un terme plus facile pour le différencier — est directement sorti de la commission Clair, ce qu'il appelait les cliniques médicales associées, lui, qui sont des endroits où on peut faire, par exemple, de la chirurgie mineure à haut volume hors des plateaux techniques des grands hôpitaux, et ça, c'est quelque chose... On y reviendra, là-dessus, parce que c'est passionnant, puis j'ai particulièrement hâte de connaître l'opinion de l'opposition officielle à ce sujet-là parce que ça va éclairer notre population. C'était la proposition 27 de la commission Clair, page 85.

Alors, on a tiré ça presque littéralement de la commission Clair parce que tout le monde s'entend que, pour s'attaquer au problème de listes d'attente, il faut diversifier nos plateaux techniques et les endroits où on peut obtenir les soins.

M. Auclair: Et, dans le même ordre d'idées, au niveau de justement les cliniques médicales associées, en ce moment, dans la nouvelle instauration d'agences, ces cliniques-là, est-ce qu'ils vont être associés dans tout le processus de regroupement, vont être des partenaires privilégiés par ententes, par des... question de contrats d'entente?

M. Couillard: Oui, il va s'agir d'un partenaire du réseau local qui va avoir une entente écrite avec le réseau local et avec un établissement pour la constitution, l'accès au plateau technique, par exemple. Il va y avoir une infirmière dans l'établissement qui va servir d'infirmière de coordination pour permettre la circulation des gens puis l'obtention de rendez-vous rapides. Tout ça devrait, je crois, améliorer l'accessibilité des soins de première ligne et contribuer, c'est une des actions, mais contribuer à désengorger nos salles d'urgence.

M. Auclair: Toujours sur le même principe d'acquiescement des coûts par la carte-soleil?

M. Couillard: Ah, bien ça, c'est sûr, autant dans ce concept de cliniques médicales associées que dans le concept de cliniques médicales agréées, si on veut, ou de centres médicaux agréés. Dans les deux cas, il n'y a aucun coût pour le patient. Ça se fait avec la carte d'assurance maladie du Québec.

Mesures visant à faciliter la reconnaissance de la formation et l'intégration des médecins et des infirmières étrangers

M. Auclair: Merci. Donc, maintenant un autre domaine. Au niveau des médecins étrangers, on a parlé et on a lu beaucoup dans le passé la réalité des médecins étrangers, surtout beaucoup de médecins qui venaient des anciens pays socialistes ou encore de la France qui se retrouvaient au Québec avec un curriculum vitae impressionnant, mais qui en bout de ligne n'étaient pas capables de percer le fameux système et d'arriver à être capables de pratiquer, là, pour quoi ils sont venus s'établir ici. Est-ce que vous pouvez un petit peu m'orienter parce que j'en ai, moi, dans mon comté qui sont venus me voir, qui se sont questionnés justement sur quels étaient les efforts qui allaient être mis de l'avant par le gouvernement pour justement changer, si on veut, changer cette tendance-là, un? Et deuxièmement, c'est: Quels sont les efforts qui ont été mis de l'avant ou qui sont mis de l'avant pour justement aider sans pour autant, là, négliger la population? Et donc ce n'est pas une panacée, là, qui va régler tous les problèmes, mais c'est juste pour voir: Est-ce qu'il y a des gestes qui sont posés face à ça ou on a encore des médecins étrangers... qu'on va entendre toujours les manchettes, toujours les cas les plus dramatiques qui sont en train de balayer les corridors ou en train de conduire les taxis, là, sans tomber dans des stéréotypes, là?

M. Couillard: Il faut faire attention aux stéréotypes ici, là. La première préoccupation toujours, c'est la sécurité du public puis la qualité de la pratique puis la compétence des gens. Pour ça, la juridiction

relève de l'Ordre des médecins, du Collège des médecins, et il n'est pas possible pour un gouvernement quel qu'il soit d'aller dicter à un ordre professionnel sa façon d'évaluer les choses. Cependant, on peut exercer des pressions puis des collaborations pour que le processus soit allégé le plus possible, qu'on puisse donner une meilleure chance aux gens de passer au travers de ce processus qui, convenons-en, peut être parfois assez lourd.

Alors, par exemple, cette année, on a, avec le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, ma consœur, la députée de Fabre, mis au point un processus d'accompagnement individuel des médecins étrangers qui sont déjà chez nous. Et ce processus-là a donné ses fruits, puisque historiquement le taux de succès à l'examen du Collège des médecins, de ces médecins déjà présents chez nous — ceux auxquels vous faites allusion — était autour de 20 %. Cette année, le taux de succès a dépassé 50 %.

Maintenant, c'est la première étape dans leur accès à la profession médicale. Une fois qu'ils ont réussi cet examen, ils doivent rentrer en résidence soit médecine de famille, soit de spécialité, pour compléter leur formation et obtenir par la suite un permis de pratique, mais on a déjà, je crois, déjà vu des résultats sur le terrain. Pour ce qui est des médecins à l'étranger qui seraient intéressés à venir exercer au Québec, on a mis sur pied une unité de Recrutement Santé Québec, qui est un guichet unique où ces gens-là peuvent s'adresser pour connaître les modalités, avoir de l'aide quant à l'évaluation initiale de leur dossier, incluant de l'aide financière et avec des conseils quant à la façon de traverser toutes ces barrières qui peuvent parfois sembler assez lourdes. Mais, comme vous l'avez dit, comme le député l'a dit, ce ne sera toujours qu'une correction marginale à notre problème de pénurie de médecins, ce n'est pas avec ça uniquement qu'on va réussir à avoir plus de médecins au Québec, mais c'est un des outils dont on dispose.

Et là on me dit actuellement qu'il y a... Alors, en date du 29 avril 2004, on a 184 de ces médecins qu'on appelle les médecins sélectionnés universitaires, ça, c'est des médecins qui viennent de l'étranger pour pratiquer dans nos facultés de médecine en raison de leur expertise académique, et il y a 110 médecins avec des permis restrictifs en région, pour un total de 294. Donc, on voit qu'il y a du progrès, le nombre augmente, de ces médecins, dans toutes les régions, et on veut qu'il augmente également, mais sans jamais baisser la gamme en termes de qualité, de vérification de la compétence qui, rappelons-le, est du ressort du Collège des médecins.

M. Auclair: Et à ce niveau-là, peut-être que vous n'avez pas le chiffre, là... parce qu'on a tellement entendu parler qu'il y avait tellement de médecins étrangers qui n'avaient pas de possibilité, est-ce que vous avez une idée du nombre de personnes qui sont médecins ou reconnues comme médecins et qui sont au Québec maintenant, qui ne peuvent pas se trouver un poste?

M. Couillard: Il faudrait que je vérifie le chiffre, mais, lors de ma dernière conversation avec ma consœur puis le ministère des Relations avec les

citoyens et de l'Immigration, on parlait d'environ 300 personnes parmi nous, qui ont un diplôme médical d'un autre pays, là, et qui ne pratiquent pas leur profession ici pour diverses raisons et qui voudraient pratiquer, qui sont intéressées à passer les examens. Mais il n'est pas ici question de donner des passe-droits et dire à quelqu'un qu'on va procéder uniquement par équivalence. Il faut que cette personne soit soumise aux mêmes exigences de qualité et de vérification de la compétence que sont nos Québécois qui font des études de médecine.

M. Auclair: Est-ce que j'ai encore le temps, M. le Président?

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

M. Auclair: Brièvement. Au niveau maintenant des infirmières, est-ce que... Quel est le cheminement au niveau des infirmières à cet égard-là? Parce qu'on sait qu'il y a également eu un bassin important d'infirmières ou, en tout cas, ce qu'on a entendu, encore là, vous allez pouvoir me confirmer le nombre d'infirmières qui ont pu venir et faire des demandes pour avoir une reconnaissance et quel est leur cheminement de leur côté?

M. Couillard: Également, le module Recrutement Santé Québec fonctionne également pour les infirmières. On m'indique pour les médecins qu'il y a plus de 200 médecins en date d'avril 2004, qui sont inscrits à Recrutement Santé Québec. Alors, on voit qu'à l'étranger, c'est quelque chose qui a été connu et qui est devenu attrayant également.

M. le Président, juste avant d'oublier, là, j'ai le tableau corrigé pour les répartitions régionales, également les documents sur les programmes-services des instances locales, la définition des programmes-services que je serais heureux, après que vous en ayez fait l'examen bien sûr et, si vous en convenez, de déposer à la commission.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Une voix: Ça va.

M. Couillard: Je viens de vous envoyer un document pour inspection...

Le Président (M. Copeman): J'ai ça, M. le ministre. J'attendais l'arrivée des documents, rien de plus, alors... Ça va bien, tout le monde? Oui? Bon. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Ma collègue, la députée de Rimouski.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme la députée de Rimouski.

**Intentions concernant
le projet d'agrandissement
du Centre hospitalier Saint-Eustache**

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Il y a un projet d'hôpital à Saint-Eustache, un

projet d'agrandissement de 35 millions. C'est un projet qui a été priorisé par l'agence, et on me dit que le dossier est complètement bloqué. Pourtant, ça cheminait et ça cheminait normalement. Alors, est-ce qu'on peut savoir qu'est-ce qui se passe dans ce dossier?

● (16 heures) ●

M. Couillard: Alors, on va nous donner le temps de sortir les renseignements appropriés. Mais il n'y a pas de dossier qui est complètement bloqué. Ce qu'il faut réaliser, c'est que les dossiers cheminent à partir de multiples étapes — ça a toujours été la même chose du temps du gouvernement précédent — et que parfois, en cours de cheminement, un dossier se voit soudainement affublé d'une augmentation considérable de coûts. Alors, dans ce temps-là, il n'est pas du tout surprenant qu'on doive faire un réexamen et qu'on doive s'y attendre.

D'ailleurs, c'est ce qui se passe: le coût du projet a été révisé, est passé de 24 392 289 \$ à 47 472 815 \$. Alors, moi, je veux bien que les projets aillent de l'avant, mais il ne faut quand même pas qu'on les étampe automatiquement sans avoir vérifié, là, de quoi est constituée cette augmentation-là.

On est actuellement en train de discuter avec l'établissement pour qu'une partie du coût augmenté soit faite sur une base d'autofinancement. Le montant qui a été rabaisé est à 46 millions, maintenant à 177 348, incluant les équipements, pour 21 millions de dollars, et bien sûr on est en train de procéder à la dernière phase d'évaluation, qui est justement de valider cette partie d'équipements.

Bien, ça, c'est une tendance, je me permets de le dire, là, puis ça, c'est tous gouvernements confondus, les projets immobiliers, là, c'est la tendance de ce qu'on appelle le petit train, là: on commence avec un petit projet, puis là, avec le temps, on ajoute une petite partie, puis une petite partie, puis une petite partie, puis un «tant qu'à y être», puis un autre «tant qu'à y être», puis là on arrive avec un projet qui, au bout de trois ans de cheminement, a le double de ce qu'il était initialement, puis là on est surpris que ça prenne du temps pour le faire déboucher. C'est sûr, il faut recommencer l'analyse à zéro, à chaque fois. Alors, c'est une partie de la culture dans notre réseau qu'on veut changer également que, lorsque les gens vont soumettre des projets immobiliers, bien, ce sera leur projet du début à la fin, et, s'ils veulent le modifier, bien, on recommence à zéro.

Intentions concernant les projets de CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette et de centre de réadaptation physique L'Interaction

Mme Charest (Rimouski): Je poserais aussi une question sur le CLSC et le Centre hospitalier de soins de longue durée de Rimouski-Neigette, ainsi que le centre L'Interaction, qui est un centre de réadaptation. C'est un projet de construction qui totalise aux alentours de 10 millions. Et le CLSC avait été en appel d'offres une première fois et ça dépassait les coûts, alors ils sont revenus sur leur planche à dessin, et c'est pour offrir des services, là, dans un lieu regroupé, et ça vise aussi l'intégration de toutes les activités du centre L'Interaction, qui est un centre de réadaptation physique.

Et, là-dessus, est-ce que ce projet qui devait aussi procéder par contrat avec un bâtiment qui existe déjà qui est voisin du CLSC actuel mais qui ne se fait pas, là, pour toutes sortes de raisons, est-ce que c'est un projet, là, qui risque de se retrouver dans les PPP, les petits projets, là, à caractère privé, public-privé, partenariat privé-public?

M. Couillard: Bien là vous avez vous-même fait allusion au problème que je viens de discuter, d'augmentation de coûts d'un projet, là, qui fait qu'on est obligés de revenir à la planche à dessin et de le réévaluer.

Vous avez mentionné également le fait qu'à Rimouski-Neigette on a un beau projet d'intégration que vous connaissez bien, qui a été actuellement déposé et entériné, donc un projet qui, en théorie, viserait à rendre encore plus réelle cette intégration; on ne peut que l'accueillir avec plaisir. Si c'est un projet d'agrandissement, de rénovation, en général, c'est plutôt en mode traditionnel; si c'est un projet, une nouvelle construction, on veut effectivement, là, avec les limites que ça comporte, envisager la question d'un partenariat public-privé, mais ça ne veut pas dire que tous les projets vont être faits comme ça. On l'a dit tantôt, le temps que ça prend pour conclure un contrat de type PPP est assez long, et on ne pourra certainement pas faire tous nos projets de constructions neuves en PPP, de sorte qu'on va différencier ceux pour lesquels il est particulièrement utile de le faire.

Mme Charest (Rimouski): Celui-là, il est prévu où?

M. Couillard: Pardon?

Mme Charest (Rimouski): Pardon. Celui-là, il est prévu où, dans votre échéancier? Il est prévu... Il va se réaliser... Parce que depuis août 2002, là, qu'il est en opération, autant au ministère qu'à la régie que dans l'établissement comme tel.

M. Couillard: Alors, on ne le trouve pas, là, actuellement, dans le cahier. Vous allez me dire exactement de quel projet il s'agit, puis je vais vous revenir avec la réponse mercredi, là.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Alors, il s'agit du projet T 02101601. Est-ce que j'ai été trop vite? Non, ça va? C'est le CLSC et le Centre hospitalier de soins de longue durée Rimouski-Neigette; installation, c'est le CLSC Rimouski-Neigette, centre L'Interaction, et c'est la construction du CLSC et du centre L'Interaction. C'est une construction neuve à 100 %, et les frais de construction sont de 10 059 450 \$; les frais administratifs continuent 201 189 \$; l'immobilier et équipements, c'est à définir ainsi que la transaction immobilière. Alors, disons que, pour le total des immobilisations, c'est 10 260 639 \$, et la date d'évaluation des coûts relève d'août 2002. Alors, c'est pour pallier au problème d'exiguïté des locaux actuels du CLSC. Ils sont tellement à l'étroit qu'ils sont obligés d'offrir les services dans quatre lieux différents. Et, ce projet, comme je l'ai dit tout à l'heure, c'est pour regrouper les services pour

avoir une meilleure qualité en termes de desserte et en plus de viser l'intégration, là, du centre de réadaptation L'Interaction.

Il y a un plan fonctionnel et technique qui a été fourni au ministère. Ça inclut, ce projet-là, toutes les taxes applicables, et c'est un projet, là, qui a été travaillé à la fois par la régie et par l'établissement comme tel et qui a été présenté au ministère déjà depuis au moins deux ans, trois ans, deux ans et demi comme il faut, trois ans.

M. Couillard: Bien, écoutez, j'ai trouvé le renseignement avant qu'on revienne mercredi. La première chose, c'est d'expliquer qu'un projet, là, a plusieurs étapes à traverser avant de prendre vie. Il y a d'abord l'étape de ce qu'on appelle le plan fonctionnel et technique qui doit être soumis par l'établissement, accepté par le ministère... d'abord par l'agence, ensuite par le ministère.

La prochaine étape est la mise à l'étude. On ne parle pas encore d'exécution. La mise à l'étude, c'est la permission d'engager des professionnels pour faire les plans et devis préliminaires, et, la dernière étape, c'est les plans et devis définitifs puis l'exécution.

D'après les documents dont je dispose, ce projet dont vous me parlez, qui est le CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette pour Rimouski, construction pour relocaliser le CLSC, le site de L'Interaction, c'est de ça que vous parliez, Mme la députée?

Mme Charest (Rimouski): Oui.

M. Couillard: Bon. Actuellement, ce projet-là est classé par la région en priorité 7.

Mme Charest (Rimouski): Oui.

M. Couillard: Alors, ce n'est pas moi qui va aller changer les priorités de la région, là. Il faut que ce soit fait en région puis il faut que ce projet-là soit repriorisé par rapport aux autres. Je suppose qu'il y a six autres projets tout aussi importants qui sont en avant pour la région. Il s'agit, je crois, d'intervenir au niveau de l'agence régionale pour discuter de ces priorités-là.

Et ça m'amène au fait qu'il y a actuellement, dans les projets mis à l'étude, pour autour de 950 millions de projets immobiliers. Alors, on va y aller à la mesure de nos moyens, à la mesure de la capacité d'endettement du gouvernement du Québec puis des citoyens du Québec, et on veut chaque année développer le plus grand nombre de projets possible. Mais la question de la priorisation régionale est un sine qua non, là. Il est possible parfois de faire des permutations d'une priorité 2 à une priorité 1, mais, quand on est en priorité 7, je pense qu'il y a là du travail régional à faire, là.

Mme Charest (Rimouski): Je sais bien, là, mais ça demeure une préoccupation pour le milieu.

M. Couillard: Oui.

Mme Charest (Rimouski): Et je pourrais aussi vous parler de la priorité 2 qui est celle du foyer de Rimouski, là, mieux connu sous le Centre hospitalier de soins de longue durée Rimouski-Neigette. C'est un

agrandissement avec des rénovations fonctionnelles à 76,5 % et c'est aussi un projet de 10,5 millions. Alors... Et ça, c'est un projet qui est dans la continuité du plan directeur immobilier, c'est pour diminuer le nombre de chambres doubles et inadéquates, et surtout améliorer la qualité de vie sur les premier, deuxième et troisième étages. Alors, ce dossier-là aussi on est en attente, et ça a été soumis pour étude. Est-ce que l'étape est terminée? Est-ce qu'on va pouvoir procéder, avoir les autorisations pour construire, pour réparer, rénover?

M. Couillard: Mais là il faudrait voir à quel stade ce projet-là est rendu, mais, déjà, on est dans une phase plus encourageante.

Mme Charest (Rimouski): Pour étude.

M. Couillard: Il est soumis pour étude ou il est à l'étude?

Mme Charest (Rimouski): Oui.

M. Couillard: Il est probablement soumis pour mise à l'étude. Alors, ça veut dire que le plan fonctionnel et technique a été approuvé. Mais, déjà, on est dans une condition plus favorable sous deux aspects: d'abord, c'est la priorité 2 de la région, puis ensuite c'est la question de la vétusté des installations de soins prolongés à laquelle on veut accorder une attention particulière dans nos priorisations immobilières. Alors, je dirais que, à court terme du moins, ce dossier semble mieux se présenter en termes de priorisation que le précédent.

Le Président (M. Copeman): Bon, bien alors, il nous reste une minute, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Oui? Alors, M. le Président, je voudrais remercier ma collègue de Rimouski, de même que mes collègues qui se sont joints à moi pour les travaux cet après-midi.

Budget de fonctionnement du Centre de santé Port-Cartier

M. le ministre, j'aimerais que vous vérifiez une information que j'ai eue en cours de séance, puisque parfois certains de nos concitoyens regardent ces échanges que nous avons. On m'indique que, pour ce qui est du Centre de santé Port-Cartier, qui devrait ouvrir au mois d'août prochain, il n'y a aucun budget de fonctionnement qui a encore été alloué à la Régie régionale de la Côte-Nord, et donc, ce sur quoi il s'indigne, là, aujourd'hui, c'est-à-dire des projets qui sont terminés sans qu'il y ait de coûts de fonctionnement. On me dit que c'est déjà terminé, ce centre de santé. Il est actuellement, là, tout simplement fermé.

Crédits 2004-2005 destinés aux projets d'immobilisations

Alors, c'était une des questions sur lesquelles on pourrait revenir, y compris également une autre

information que j'ai eue en cours de séance par un courriel à l'effet que les réparations qui se font présentement à l'Hôpital Honoré-Mercier, à Saint-Hyacinthe, dont le coût de départ était prévu à 140 millions, serait maintenant à 260 millions. Alors, le coût de départ des réparations à l'hôpital Saint-Hyacinthe, l'Hôpital Honoré-Mercier, ça a presque explosé à 100 % ou pas loin en fait... Tantôt, il mentionnait le 950 millions de dollars à peu près de demandes, hein, de projets en immobilisations, autour de 950 de demandes de projets en immobilisations. Quel est le budget pour 2004-2005 dont vous disposez?

● (16 h 10) ●

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

M. Couillard: Bien, on ne le connaît pas encore, il ne nous a pas été communiqué. Il ne s'agit pas d'un plan annuel, il s'agit d'un plan triennal, comme Mme la députée le sait très bien. Alors, on attend des communications de ce budget-là au cours des prochaines semaines, là. D'ordinaire, traditionnellement, tous gouvernements confondus, les plans triennaux d'immobilisations parviennent aux ministères concernés à l'automne.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Couillard: Maintenant, juste...

Le Président (M. Copeman): Oui?

M. Couillard: ...parce que je vais quand même...

Mme Harel: Habituellement, c'était le printemps.

Le Président (M. Copeman): Il est... tardive pour tenter de faire un échange, là. On va permettre au ministre de terminer la question, là.

M. Couillard: Il y a eu deux questions, là.

Le Président (M. Copeman): Oui.

Budget de fonctionnement du Centre de santé Port-Cartier (suite)

M. Couillard: Au sujet du centre de Port-Cartier, là, on indique que les budgets de fonctionnement seront pourvus lorsqu'on aura la date effective de l'ouverture, parce que, lorsqu'on a une date d'ouverture... Bien, écoutez, ils seront pourvus. Je l'ai expliqué tantôt, on donne les budgets de fonctionnement. C'est normal qu'ils n'en aient pas été encore notifiés, les crédits ne sont pas adoptés puis l'agence n'est pas encore en mesure de nous confirmer de façon définitive la date de l'ouverture. Lorsqu'on aura cette date d'ouverture, on provisionnera les crédits pour le budget de fonctionnement en proportion de l'année dans laquelle l'installation va fonctionner.

Pour ce qui est de l'hôpital Honoré-Mercier, on se souvient du problème, c'est un hôpital qui était rendu non utilisable à cause des moisissures, là. Et en fait le budget qu'on a actuellement, c'est 120 millions de prévu, là; je n'ai pas d'autres chiffres actuellement, là, je

ne sais pas... Il y a une pression, là, de 10 millions supplémentaires, d'après ce qu'on me dit, mais pas de l'ordre de celle qu'on me mentionne actuellement. Mais il n'est pas exclu qu'il y ait des augmentations de coûts, c'est en général la règle dans les projets immobiliers.

Documents déposés

Le Président (M. Copeman): Alors, j'autorise le dépôt d'un petit tableau qui indique la ventilation des crédits par région ainsi que le document soumis par le ministre.

C'est la fin de notre première journée en santé. J'ai pensé peut-être terminer avec quelques mots de Winston Churchill. Le contexte n'est pas tout à fait similaire, mais ça tombe bien: «Now, this is not the end, it is not even the beginning of the end, but it is perhaps the end of the beginning.»

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Vous me permettrez de renchérir sur mon Winston Churchill à moi, qui est Georges Clemenceau: «Le jour de mes funérailles, je ne veux que l'essentiel, c'est-à-dire moi-même.»

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): J'ajourne les travaux de cette commission jusqu'à 9 h 30, mercredi matin. Merci.

(Fin de la séance à 16 h 13)