



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 12 mai 2004 — Vol. 38 N° 55

**Étude des crédits du ministère de la Santé et
des Services sociaux (4): volets Santé et aînés,
et Régie de l'assurance maladie du Québec**

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, avenue Honoré-Mercier, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 12 mai 2004 — Vol. 38 N° 55

Table des matières

Régie de l'assurance maladie du Québec	
Discussion générale	1
Financement du coût des médicaments pour les prestataires de l'assistance-emploi et les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti maximum	1
Mise à jour de la liste générale des médicaments remboursables	2
Octroi du statut d'observateur lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament	5
État d'avancement du dossier de l'adjudication en ligne	5
Intentions concernant le remboursement de médicament pour les patients atteints de la maladie de Fabry	5
Remboursement des frais des médicaments pour les enfants atteints du diabète de type I	5
Octroi du statut d'observateur lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament (suite)	6
État d'avancement du dossier de l'adjudication en ligne (suite)	6
Intentions concernant le remboursement de médicament pour les patients atteints de la maladie de Fabry (suite)	6
Remboursement des frais des médicaments pour les enfants atteints du diabète de type I (suite)	7
Augmentation du nombre d'admissions en médecine	8
Répartition des effectifs médicaux en région	8
Objectifs et mode de fonctionnement du Conseil du médicament	9
Objectifs du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament	10
Allégations d'usage frauduleux de cartes d'assurance maladie	11
Octroi du statut d'observateur lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament (suite)	12
Réaffirmation des compétences du Québec en matière de santé	12
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 Chaudière-Appalaches	13
Ventilation de la variation des effectifs médicaux	14
Document déposé	15
Octroi du statut d'observateur lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament (suite)	15
Question de règlement concernant la répartition du temps de parole lors de l'étude des crédits	15
Décision de la présidence	15
Régie de l'assurance maladie du Québec	
Discussion générale (suite)	
Objectifs et échéancier de la politique du médicament	16
Question de règlement concernant les réponses du ministre à des questions particulières	17
Décision de la présidence	17

Table des matières (suite)

Régie de l'assurance maladie du Québec

Discussion générale (suite)

Mesures visant à limiter la hausse appréhendée des coûts du régime d'assurance médicaments	18
Part supportée par le gouvernement dans la hausse des coûts du régime d'assurance médicaments	18
Stratégie de financement du dépassement estimé pour la rémunération des médecins	19
Etat des négociations avec la Fédération des médecins spécialistes et la Fédération des médecins omnipraticiens	19
Augmentation du nombre d'admissions en médecine (suite)	20
Contribution du gouvernement aux frais de scolarité et de logement d'étudiants étrangers en médecine	20
Augmentation du nombre d'admissions en médecine (suite)	20
Contribution du gouvernement aux frais de scolarité et de logement d'étudiants étrangers en médecine (suite)	21
Portion de frais techniques dans les cabinets ajoutée à la rémunération des médecins	21
Etat d'avancement du dossier de la double facturation sur le traitement de la rétine	22
Coût des traitements et des médicaments administrés à domicile	24
Responsabilisation des usagers dans la consommation de médicaments génériques	24
Conciliation des stratégies de soutien à l'innovation et d'utilisation des médicaments génériques	25
Mesures visant à assurer la formation médicale continue dans le domaine du médicament	26
Frais découlant du transfert à la liste d'exception d'un médicament pour les femmes souffrant de maladies cardiovasculaires	26
Intentions concernant la répartition du financement des ressources intermédiaires	27
Intentions concernant des partenariats public-privé pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie	29
Ventilation des crédits pour les soins de maintien à domicile et les CHSLD	31
Intentions concernant des partenariats public-privé pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie (suite)	32
Ventilation des crédits pour les soins de maintien à domicile et les CHSLD (suite)	32
Intentions concernant des partenariats public-privé pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie (suite)	33
Document déposé	36
Bilan des investissements des deux dernières années dans les services de maintien à domicile	37
Prise en compte du profil démographique dans l'allocation des ressources pour les services de maintien à domicile	38
Total de la rétribution versée aux ressources intermédiaires en 2003-2004	39
Nombre prévu de nouvelles places pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie	41
Montant prévu des immobilisations	42
Résultats d'une étude sur le portail de la RAMQ	43
Total de la rétribution versée aux ressources intermédiaires en 2003-2004 (suite)	44
Résultats d'une étude sur le portail de la RAMQ (suite)	44
Nombre d'effectifs affectés à la carte santé au 31 mars 2004	44
Contenu de l'étude intitulée <i>Élaboration d'un dossier d'affaires pour la mise en place de la banque de données nationale pour les personnes hébergées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée</i>	45
Usage et déploiement d'appareils de tomographie par émission de positons	47

Table des matières (suite)

Santé et aînés	
Discussion générale (suite)	48
Plan de mise en application des recommandations du rapport intitulé <i>Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD</i>	49
Visites aux divers types d'établissements d'hébergement et mécanisme de traitement des plaintes des usagers	49
Modifications de la législation et du cadre de référence concernant l'hébergement des personnes âgées	51
Ententes avec les associations représentatives sur les conditions d'exercice des ressources intermédiaires	53
Bilan et renouvellement du plan d'action triennal	53
Plan de travail du Comité des aînés	53
Intentions concernant le Conseil des aînés et le Secrétariat aux aînés	53
Actions entreprises dans le but de réduire les délais d'attente de traitements contre le cancer	54
Développement de ressources alternatives d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie	57
État de la situation à la Résidence Saint-Charles-Borromée	57
Budget récurrent pour le maintien des actifs immobiliers	58
Plan d'entretien préventif des actifs immobiliers	58
Statistiques sur les accidents et les incidents survenus dans les centres hospitaliers	59
Bilan de la mise en application des mesures contenues dans la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux	59
Statistiques sur les accidents et les incidents survenus dans les centres hospitaliers (suite)	60
Bilan de la mise en application des mesures contenues dans la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (suite)	60
Mesures de soutien au Fonds d'aide aux victimes d'erreurs médicales	61
Programme de vaccination des enfants contre les infections à pneumocoque	62
Mesures visant à favoriser le dépistage de la maladie d'anémie falciforme	63

Intervenants

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

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
M. Pierre Marsan
M. Marc Picard
Mme Charlotte L'Écuyer
M. Daniel Bernard
Mme Solange Charest
M. Vincent Auclair

- * M. Pierre Roy, RAMQ
- * Mme Johanne Whittom, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 12 mai 2004 — Vol. 38 N° 55

**Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (4):
volets Santé et aînés, et Régie de l'assurance maladie du Québec**

(Neuf heures trente-cinq minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, chers collègues! Alors, ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales.

Je vous rappelle que nous sommes réunis afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2004-2005. Je vous prierais de mettre hors tension vos téléphones cellulaires afin de s'assurer que nos débats ne soient pas interrompus.

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. Saint-André (L'Assomption); M. Charbonneau (Borduas), par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); Mme Roy (Lotbinière), par M. Picard (Chutes-de-la-Chaudière); et M. Valois (Joliette), par Mme Charest (Rimouski).

Le Président (M. Copeman): Merci. Juste pour rappeler le processus, nous avons évidemment une période de trois heures ce matin, et, suivant les avis qui seront donnés en commission et selon le tableau déposé en Chambre, également une période de trois heures cet après-midi, après la période des affaires courantes.

Régie de l'assurance maladie du Québec

Discussion générale

Et, sans plus tarder, je suis prêt à reconnaître Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve pour débiter une autre série d'échanges avec le ministre. Mme la députée.

**Financement du coût des médicaments pour
les prestataires de l'assistance-emploi et les
personnes âgées recevant le supplément
de revenu garanti maximum**

Mme Harel: Alors, M. le Président, nous lisons ce matin dans les journaux la confirmation d'une hausse de primes. Alors, le ministre doit bien s'attendre à l'occasion de l'examen des crédits de la Régie de l'assurance maladie du Québec que... Je salue son président et les personnes qui l'accompagnent. Alors, il doit bien s'attendre à ce que nous abordions cette importante question des médicaments.

Je voudrais, en premier lieu, lui demander s'il est toujours de l'intention de son gouvernement de respecter l'engagement qu'il a pris à l'égard des personnes âgées sur le supplément de revenu garanti.

Je voudrais vous lire la lettre que le premier ministre — l'actuel premier ministre — lui-même envoyait.

C'est un dossier que... Alors, je pense que cela sera certainement utile de rappeler cet engagement qui est quand même récent. Ça fait 23 ans que je suis à l'Assemblée, et donc, un an, c'est quand même encore récent.

Alors, l'engagement du premier ministre était à l'effet, je le lis, alors: Retour à la gratuité des médicaments pour tous les prestataires de la sécurité du revenu et les aînés qui reçoivent le supplément de revenu. Alors, c'est en date du 20 mars, c'est-à-dire à quelques heures, quelques jours plutôt, quelques jours de l'élection.

Alors, ou c'était une surenchère qui n'avait pas de fondement ou le ministre a bien l'intention de remplir cet engagement, le ministre de la Santé et des Services sociaux qui dans le fond a la responsabilité de livrer cet engagement de gratuité des médicaments pour les personnes... les prestataires de la sécurité du revenu et tous les aînés qui reçoivent le supplément de revenu garanti. Est-ce que c'est toujours dans l'intention du ministre d'y arriver?

L'an dernier, lors des crédits, il avait déclaré qu'il y aurait un ajout de 75 millions et qu'il pensait bien pouvoir remplir cet engagement à la satisfaction de ceux à qui l'engagement a été pris, pour 2004-2005. En sera-t-il ainsi pour 2004-2005?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, d'abord la hausse des primes possible, dont il est question dans les quotidiens, n'est pas encore entérinée, il faut... On connaît bien le mécanisme, il faut que le conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec se prononce là-dessus, également que ce soit examiné au niveau du Conseil des ministres, de sorte que la décision n'est pas prise encore. Je ne faisais qu'expliquer les mécanismes... en particulier le mécanisme légal, compte tenu des lois adoptées par l'ancien gouvernement, qui encadre le calcul de ces contributions.

● (9 h 40) ●

L'engagement auquel la députée fait allusion ne pourra être mis à profit cette année pour la raison fort simple, c'est que les coûts augmentent de façon importante dans le domaine des médicaments. Nous faisons face cette année à une augmentation de coûts d'environ 12 %. Évidemment, les calculs seront plus complets au cours des prochains jours et des prochaines semaines, mais, devant une telle augmentation de coûts, il est essentiel, comme d'ailleurs le faisait remarquer M. André Pratte dans un éditorial, il y a quelques mois, de ne pas donner suite pour l'instant à cet engagement tant que la politique du médicament n'a pas été établie et qu'elle nous permettra de voir les gains réels en termes de contrôle de coûts qu'une véritable politique du médicament pourra donner.

Il faut savoir également que, lors des adoptions de projets de loi du gouvernement précédent sur la régie

d'assurance médicaments, sur le régime général d'assurance médicaments, depuis 1998, on assortissait ce régime à la mise sur pied d'une politique du médicament. Mes collègues qui étaient alors dans l'opposition s'en souviennent certainement très bien.

Or, ladite politique du médicament, M. le Président, est inexistant. Il faut donc, comme c'est souvent le cas, la construire à partir de zéro. Nous allons le faire, nous commençons d'ailleurs dans quelques jours avec un Symposium — très attendu — sur l'utilisation optimale des médicaments, les 20 et 21 mai ici, à Québec. Par la suite, nous allons développer cette politique qui va être axée sur les éléments suivants: l'accessibilité, la fixation équitable des prix, l'utilisation optimale et, également, la possibilité de maintenir au Québec l'industrie pharmaceutique dynamique dont nous sommes, à juste titre, si fiers. Donc, tous ces éléments doivent être conjugués; entre autres, l'arbitrage essentiel entre le soutien de cette industrie d'innovation qui apporte énormément de bénéfices à notre société et la, je dirais, la réalité des coûts que cela apporte au système de santé.

Je rappelle également, la politique du médicament, qu'elle était prévue — on me le dit ici — par l'ancien gouvernement dans une loi adoptée en 1997 — en 1997. À l'arrivée au gouvernement en avril 2003, il n'existe pas de politique du médicament, ni en préparation ni bien sûr complétée, de sorte qu'il est essentiel de mettre au jour cette politique, de la créer. C'est ce que nous allons faire. D'ici là, nous allons faire cette année ce que nous avons fait l'an dernier, c'est-à-dire protéger au maximum les clientèles les plus vulnérables dans les augmentations de primes qui découlent des contraintes législatives adoptées par l'ancien gouvernement.

Mme Harel: M. le Président.

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

Mme Harel: Je lis donc une lettre adressée également par l'actuel premier ministre, le 7 avril dernier. Il écrivait ceci: «Nos engagements prévoient déjà l'adoption de certaines mesures urgentes, dont la gratuité des médicaments pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu et les personnes assistées sociales.» Donc, ça, c'est la lettre du 7 avril. Il y en a plusieurs.

Alors là, le ministre maintenant, après cette surenchère électorale, nous indique que, non, ce ne sera pas possible d'y arriver. C'est ce que je dois conclure des propos qu'il vient de tenir. Et pourtant je rappelle que cet engagement était urgent dans le premier mandat, et on mentionnait même un échancier, et je le lis: En juillet 2004, la gratuité devait s'appliquer aux assistés sociaux puis, un an plus tard, les personnes âgées de 65 ans et plus — qui touchent le maximum du supplément de revenu garanti — devaient à leur tour avoir le droit à la gratuité. Alors, c'était dans le plan de lutte contre la pauvreté déposé par l'opposition libérale, il y a déjà un an à peine de cela. Alors, je comprends donc qu'il y a de nouvelles raisons qui font que le ministre contredise le premier ministre sur cet engagement ferme que le premier ministre avait pris par écrit.

Alors, je ne sais pas s'il a la correspondance, mais je peux vous dire, M. le ministre, qu'il y a des dizaines et des centaines d'organismes qui ont diffusé à

leurs membres cette correspondance du premier ministre qui prenait un engagement, d'où certainement l'extrême déception, pour ne pas dire l'insatisfaction qui se manifestent dans un sondage où on voit que deux Québécoises et Québécois sur trois sont insatisfaits de la performance du gouvernement libéral en santé. C'est parce qu'il a trop promis pour ce que maintenant vous nous dites que vous pouvez livrer.

M. Couillard: Bien, M. le Président, la plus grande insatisfaction, elle s'est exprimée le 14 avril 2003, lorsque les Québécois ont décidé à juste titre de changer le gouvernement.

J'ai expliqué tantôt de façon très claire que, cette année, il m'apparaît difficile, compte tenu et de l'augmentation des coûts et surtout de la nécessité absolue d'enfin mettre sur pied cette politique du médicament qui aurait dû être mise sur pied depuis 1997 et qui ne l'avait pas été, de faire ces actions de façon combinée.

Maintenant, je rassure la députée, le mandat a encore quatre ans. On a encore quatre ans devant nous à discuter de ces choses-là. J'espère que nous serons ensemble pendant ces quatre années, Mme la députée, et donc, patience, nous allons d'abord développer la politique du médicament; par la suite, viser cet objectif qui est mentionné dans la correspondance à laquelle elle fait allusion, et, d'ici là, bien sûr protéger au maximum les clientèles les plus vulnérables de notre société.

Mme Harel: Bien, je comprends que, dans l'étude des crédits, nous allons devoir voter sur un budget que vous avez prévu, un fonds de 10 millions pour renflouer... c'est bien le cas? Je voudrais donc revenir aux crédits qui nous sont présentés.

C'est donc dire que les assurés auront 30 millions de dollars à déboursier si la proportion que vous indiquez dans les médias est la bonne, c'est-à-dire 75-25. Nous retrouvons dans vos crédits — ceux qui nous ont été distribués — alors des activités nationales détaillées au programme de subventions spécifiques, à l'article 15: Subvention pour équilibre — Fonds assurance-médicaments: 10 190 000 \$. C'est bien le cas?

M. Couillard: Pouvez-vous donner la référence exacte, s'il vous plaît?

Mme Harel: C'est dans le cahier explicatif, page 9.

M. Couillard: Alors, ce montant de 10 millions — je soupçonnais que c'était le cas, mais on vient de me le confirmer — c'est un montant qui existait déjà du temps du gouvernement précédent. C'est une compensation versée par le ministère des Finances pour la non-application du prix le plus bas, la politique du prix le plus bas, et c'était présent depuis trois ans et ça continue encore cette année.

Mise à jour de la liste générale des médicaments remboursables

Mme Harel: Alors, le ministre publiait dans la *Gazette officielle*, le 28 avril dernier, un addenda et non une nouvelle liste de médicaments. Alors, peut-il nous indiquer ses orientations à l'égard de cette nouvelle liste

de médicaments qui devait être publiée en février dernier, je pense, qui a été reportée? Le sera-t-elle en juin? Et je parle d'une nouvelle liste et non pas d'un addenda.

M. Couillard: Alors, il s'agit bien sûr de la liste de février. Il est prévu qu'il y ait trois listes par année: février, juin et octobre. Celle de février n'a pas été faite et a été remplacée par une mise à jour de la liste et d'amendements qui a d'ailleurs permis de respecter l'accessibilité d'inscrire les médicaments nécessaires sur la liste, comme nous l'avons fait au mois d'avril.

Ce qui arrive actuellement — et c'est bien connu également dans le public et également par les membres de l'opposition — c'est que certaines compagnies pharmaceutiques ont déposé des demandes d'augmentation de prix. Et il serait intéressant de voir qu'est-ce que l'opposition pense de ça, des augmentations de prix demandées par les compagnies pharmaceutiques qui touchent... qui représentent environ 23 millions de dollars d'augmentation de coûts.

On sait qu'au Québec les prix sont, entre guillemets, «gelés», fermez les guillemets, depuis 1993, donc tous gouvernements confondus; cette politique a été maintenue. Ce qui arrive actuellement, c'est qu'en raison d'une situation mondiale difficile pour l'industrie pharmaceutique et, surtout, d'un différentiel de prix entre les États-Unis et le Canada, il y a plus de pression de la part de l'industrie pharmaceutique pour augmenter ses prix.

Nous faisons remarquer à l'industrie que le Québec est de loin la terre d'accueil la plus favorable pour cette industrie, d'une part, en raison des crédits d'impôt pour la recherche et le développement et, également, quant à la rapidité d'inscription des médicaments, le pourcentage de médicaments d'innovation qui sont utilisés, et, également, le fait qu'il n'existe pas au Québec de transferts ou de «trafic» entre guillemets, fermez les guillemets, transfrontalier de médicaments, de sorte que, comme la mécanique de la liste fait en sorte que nous ne pouvons qu'accepter le médicament et son prix en même temps, et que, si on n'accepte pas la hausse de prix, le médicament est délisté. La solution et la décision correctes et responsables à prendre, c'est de ne pas faire de liste et de se contenter d'amendements qui permettent d'ajouter à la liste des médicaments les nouveaux médicaments qui sont nécessaires pour le public, et ceci sera fait.

Alors, dans les circonstances actuelles, il est probable qu'il n'y aura pas de liste en juin non plus et qu'il y aura encore une fois un amendement qui permettra d'ajouter les nouveaux médicaments. Et là je suppose que l'alternative à ça, donc, ce serait pour l'opposition de dire qu'elle accepterait l'augmentation de prix de 23 millions demandée par l'industrie pharmaceutique, mais il faudra éventuellement clarifier cette position-là dans ce domaine comme dans d'autres.

Mme Harel: ...suite, M. le ministre, c'est vous qui vous... qui êtes en situation de répondre aux questions, et la population s'attend à des réponses de vous, c'est pour ça que vous avez été élu.

Alors, notamment la réponse qu'elle attend, c'est de savoir si vous allez continuer systématiquement, comme c'est le cas, là, avec ce nouvel addenda, de transférer des médicaments de la liste générale vers la liste d'exception.

Quand on lit l'addenda du 28 avril, dans la *Gazette officielle*, là, on se rend compte qu'il y a une liste de médicaments qui passe de la liste générale à la liste d'exception alors qu'on lisait dans les crédits... dans le livre des crédits qui... en réponse aux questions de l'opposition, et je cite, à la page 168: «Le retrait de produits de la Liste de médicaments en 2003-2004 a entraîné une diminution des coûts de l'ordre de 4,2 millions par rapport à l'exercice précédent. Toutefois, les économies générées par le retrait de médicaments sont habituellement effacées par l'utilisation accrue de produits équivalents.»

● (9 h 50) ●

Alors... Pourtant, on continue de transférer de la liste générale à la liste d'exception, tout en sachant que les conclusions de cette façon de procéder — qui embête énormément les personnes qui ont besoin de prendre ces médicaments — ne provoquent aucune économie. En fait, c'est la réponse que nous retrouvons dans le livre des crédits.

Alors, pourquoi cet addenda avec cette liste impressionnante de médicaments qui sont transférés, notamment ce médicament contre le cancer de la prostate, par exemple, là, qui est transféré de la liste générale à la liste d'exception avec tout le — excusez-moi l'expression — «red tape», là, ça signifie de transférer de la liste générale à la liste d'exception?

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

M. Couillard: D'abord, pour ce qui est des réponses, M. le Président, je vais bien assurer l'opposition et le public que, moi, je vais demander également des réponses à l'opposition, parce que c'est facile de poser des questions, là, on va répondre aux questions. Mais, de toute façon, si on ne répond pas à nos questions, on répondra aux questions des médias qui seront éventuellement reprises également. On ne peut pas parler d'un sujet important comme les médicaments alors qu'on a été au gouvernement six ans et qu'on a été incapable de mettre sur pied une politique du médicament, et là poser des questions sans avoir soi-même une idée ou deux, là, sur la façon dont on s'attacherait au problème.

Alors, ça va être ça pour les médicaments, ça va être ça pour les partenariats public-privé, ça va être ça pour les cliniques privées affiliées, et, chaque fois, l'opposition ne pourra se défilier, soit elle ne répondra pas ici aux questions, bien, elle aura éventuellement à y répondre si un jour on trouve le moyen de discuter dans leurs instances d'autres choses que l'élection référendaire ou le référendum et que si la Saison des idées ne se limite pas à un hiver de l'idée unique.

Mme Harel: Vous n'avez pas à vous inquiéter, M. le ministre. Dans trois ans, c'est vous qui poserez les questions.

M. Couillard: En tout cas... quatre ans, Mme la députée, il reste encore quatre ans au...

Le Président (M. Copeman): Chers collègues, Mme la députée, vous connaissez très bien nos règles de fonctionnement, il faut s'adresser à la présidence en tout

temps. Et je suis sûr, comme ancienne présidente de l'Assemblée nationale, vous tenez à respecter cette règle de fonctionnement de notre Assemblée. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Alors, oui, il reste quatre ans, comme je disais, M. le Président. Alors, pour revenir à la liste d'amendements, effectivement on a ajouté des nouveaux produits à la liste régulière — sept médicaments. On a ajouté des nouveaux produits à la liste d'exception — cinq. On a transféré un médicament seulement de la liste régulière à la liste d'exception. Et, encore une fois, ça montre deux choses: ça montre tout d'abord que le Québec est de loin l'endroit au Canada où il y a le plus d'inscriptions de médicaments à la liste régulière. Lorsqu'on a recours à la liste d'exception, ce n'est pas pour des raisons budgétaires, la députée vient elle-même d'en faire la démonstration lorsqu'elle a dit qu'effectivement les transferts à la liste d'exception n'avaient pas apporté d'économies, ce qui prouve que c'est une décision qui n'est pas basée sur une motivation budgétaire ou financière mais une motivation de santé qui est essentiellement l'utilisation optimale des médicaments.

Qu'est-ce que l'utilisation optimale des médicaments? C'est, entre autres, le fait de ne pas utiliser un médicament de troisième ou quatrième ligne en première ligne. C'est, entre autres, le fait de s'appuyer sur des données scientifiquement probantes pour inscrire un médicament sur la liste régulière ou la liste d'exception, se basant sur les recommandations indépendantes du Conseil du médicament. Donc, c'est pour essentiellement ces raisons que ces déplacements de listes sont faits.

Et ce que j'ai indiqué et que je répète pour la population, c'est que, même si on ne procède pas à la publication d'une liste régulière en juin et en octobre, il y aura ces amendements en continu qui nous permettront d'ajouter continuellement les nouveaux médicaments et de faire les transferts nécessaires à la liste d'exception, le tout étant basé sur une volonté claire d'arriver à une utilisation optimale du médicament, et, si possible — et c'est ce que je souhaite — en partenariat avec l'industrie pharmaceutique, qui apporte également au Québec des bénéfices sur le plan de l'innovation et de la recherche qui sont considérables.

Mme Harel: L'utilisation optimale des médicaments est un objectif auquel, je pense, toute la population souscrit. Cette utilisation optimale ne signifie pas cependant multiplier les embûches pour les patients. L'utilisation optimale ne consiste pas à retirer la disponibilité du médicament quand le patient en a besoin, alors que, là, on voit bien que, si c'est l'utilisation optimale qui est poursuivie comme objectif, première chose à faire, c'est la formation des médecins.

Avant même qu'on retire de la liste générale un médicament qui est essentiel pour un patient, si on considère qu'il est insuffisamment prescrit, pas de la bonne façon, alors, c'est de concentrer son énergie sur la formation et non pas sur le retrait de ce médicament de la liste générale. Je pense à l'asthme évidemment, je crois qu'il en a été beaucoup question, et, en particulier, de ce retrait de deux médicaments d'exception qui combinaient des traitements. Alors, d'un côté, c'était le jeu des vases communicants: ces deux médicaments qui

combinaient les traitements ont été retirés, mais, de l'autre côté, on a vu une explosion des ventes de ces deux composantes de médicaments. Alors, l'un dans l'autre, les conséquences de ça, pour avoir rencontré les porte-parole des familles et des patients qui ont ce problème d'asthme ici même, à l'Assemblée nationale — d'ailleurs, je pense bien que bien d'autres collègues parlementaires les ont rencontrés — et s'être fait expliquer les difficultés que ça a provoquées dans la vie quotidienne des gens qui ont connu des pertes de journées de travail, qui ont...

Mais le ministre sourit, M. le Président! Je voudrais qu'il rencontre le président de l'Association de l'asthme du Québec et qui va lui raconter l'expérience douloureuse que sa propre fille, mère de famille, a connue.

Alors, je pense, M. le Président, que l'utilisation optimale des médicaments, ce que ça suppose, c'est un plan concerté à l'égard des médecins qui prescrivent et non pas un retrait des médicaments essentiels pour les patients.

M. Couillard: Alors, voilà encore une fois une belle déclaration de la part d'une formation politique qui, en six ans, a été incapable de même produire le premier iota d'une politique du médicament qui, essentiellement, repose — qu'on propose — sur le concept d'utilisation optimale.

Alors, effectivement, la formation des médecins et d'autres outils également sont essentiels pour arriver à ce concept d'utilisation optimale, et d'ailleurs c'est de ça qu'on va discuter, entre autres, au symposium du 20 et 21 mai, où on aura des invités internationaux qui vont nous faire part de leurs politiques ou de leurs suggestions dans ce domaine.

Il y a d'autres façons également. Outre l'éducation médicale continue — et je pense qu'on reconnaîtra autour de la table qu'il y a des mécaniques à améliorer de ce côté-là quant aux liens entre l'industrie et la façon dont on finance l'éducation médicale continue — il y a des choses telles que l'intention thérapeutique inscrite sur la prescription, l'envoi aux médecins d'un profil de prescripteur de façon à ce qu'ils puissent s'autoévaluer par rapport à des groupes de référence. Il y a de nombreux pays qui font ces expériences actuellement, et on lisait récemment, dans les dernières heures, un article du *Figaro* qui parle de la réunion récente des pays de l'OCDE sur les systèmes de santé. La question des médicaments est au coeur même, dans tous les pays occidentaux, des réflexions sur le système de santé.

Le Québec est l'endroit au Canada où il y a le moins de médicaments sur la liste d'exception, et, dans tous les cas où on a transporté des médicaments sur la liste d'exception, c'est des choses qui étaient déjà faites dans les autres provinces, en passant, et je le fais remarquer.

Maintenant, si on veut faire de ces décisions un jeu politique d'influence, c'est une chose; ce n'est pas l'avenue que nous choisissons. Nous choisissons de nous appuyer sur un organisme indépendant qui dispose d'une crédibilité scientifique, qui est le Conseil du médicament, que d'ailleurs le gouvernement précédent a créé. Donc, je serais surpris de les entendre le désavouer aujourd'hui. C'est le Conseil du médicament qui, de façon indépendante et apolitique, basé sur l'évidence

scientifique disponible et la meilleure littérature disponible, fait les recommandations.

Dans le cas des médicaments de l'asthme auxquels la députée fait allusion, il faut dire l'ensemble de l'information à la population. Les patients qui étaient déjà sur cette médication combinée, on ne leur a pas retirée, ils ont pu continuer à l'avoir. C'est uniquement pour les nouveaux malades qui se sont présentés que les règles d'utilisation optimale montraient qu'il s'agissait, comme c'est souvent le cas, souvent en raison de marketing ou de décisions qui n'ont pas vraiment de rapport avec les bases scientifiques objectives, de donner un médicament de troisième ligne en première ligne à des patients. Et, si on veut se permettre au Québec, à long terme l'utilisation des nouvelles molécules, des nouveaux médicaments très chers, il faut le plus possible, pour les conditions pathologiques courantes, avoir recours aux médicaments éprouvés qui ont une utilité et une efficacité scientifiques identiques. Il n'y a pas d'autre façon de faire l'utilisation optimale que ça.

Évidemment, ne faire que des transferts à la liste d'exception, compte tenu d'une certaine lourdeur — qu'il faut que le médecin écrive une phrase sur un formulaire — il ne faut quand même pas non plus décupler la difficulté que ça représente, parce que ce n'est pas une difficulté du tout pour le patient, c'est le médecin qui doit remplir un formulaire avec une phrase. On est en train actuellement de réfléchir à cette question d'éventuellement avoir un formulaire de demande en ligne où la réponse peut être immédiate et où c'est beaucoup moins difficile sur le plan administratif.

● (10 heures) ●

Mais, la liste d'exception, elle est là et elle était prévue pour ça par tous les gouvernements successifs pour appuyer le concept d'utilisation optimale et insister sur le fait qu'il existe des hiérarchies dans les médicaments en termes de première, deuxième, troisième utilisation ou première, deuxième, troisième ligne et que ceci doit être respecté et, encore une fois, appuyé sur des données scientifiques probantes et non pas sur des impressions. Et je réaffirme ici mon entier support au Conseil du médicament, à sa capacité d'exercer en toute indépendance, et le tout basé sur des données scientifiques probantes et non pas des impressions.

Octroi du statut d'observateur lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament

Mme Harel: Moi, je suis contente que le ministre se réfère au Conseil des médicaments mis en place par le gouvernement précédent. C'est donc dire que ce n'était pas table rase lorsqu'il est arrivé. Et je me réjouis de ce symposium qui aura lieu la semaine prochaine à Québec, mais je constate que c'est un symposium sur invitation fermée, et cela fait déjà 15 jours que l'opposition a demandé que je puisse y assister comme observateur; on attend toujours la réponse.

Alors, puisque le ministre souhaite qu'il y ait une connaissance généralisée et approfondie de toute cette question d'utilisation optimale du médicament, je réitère ce que je demandais lundi dernier, c'est que les membres de la commission parlementaire de la santé puissent y assister comme observateurs.

État d'avancement du dossier de l'adjudication en ligne

Le ministre a justement parlé des prescriptions. J'aimerais savoir où en est rendu le dossier de l'adjudication en ligne. Je crois que, depuis 1997, justement lors de l'implantation de la consommation interactive en pharmacie, la Régie de l'assurance maladie du Québec travaille sur ce dossier de l'adjudication en ligne, et la Régie a même fait l'acquisition, à ce moment-là, d'un module qui permettait cela. Alors, où en est l'adjudication en ligne, d'une part?

D'autre part, je crois que, parmi les outils qui vous ont été transmis pour réflexion, il y a aussi cette prescription par le médecin d'une médication à partir du nom scientifique, donc, de sa composante chimique et non par sa composante commerciale. Alors, il me semble que, là, il y aurait vraiment une économie extrêmement importante, puisque le pharmacien pourrait, au mieux de sa formation, de son expertise, de sa connaissance prescrire par la suite, si vous voulez, là, le bon médicament, pas le bon nécessairement, parce que la composante scientifique aurait été prescrite, mais, si vous voulez, le médicament le plus approprié.

Intentions concernant le remboursement de médicament pour les patients atteints de la maladie de Fabry

Et j'aimerais aussi savoir, dans le dossier de la maladie de Fabry: c'est une maladie rare. J'ai parlé aux spécialistes, à quelques-uns de nos concitoyens qui en sont atteints. C'est une maladie extrêmement rare, et, de mois en mois, il y a reconstitution de ce médicament qui leur permet un traitement évidemment qui les fait espérer une espérance de vie beaucoup plus longue. Alors, j'aimerais bien savoir ce qui en est de cette décision, là, qui est attendue. Je rappelle que, dans le passé, le traitement pour la maladie de Gaucher a été remboursé par Québec. Alors, ça a été une décision du ministre. Alors, est-ce qu'il en sera ainsi pour les patients qui sont atteints de la maladie de Fabry?

Remboursement des frais des médicaments pour les enfants atteints du diabète de type I

Et je voudrais également faire écho à des lettres que je reçois. Le ministre certainement a eu aussi copie de ces lettres de parents dont les enfants sont atteints de l'hépatite... excusez-moi, pas de l'hépatite, du diabète de type I. Alors, c'est un diabète, quand on prend connaissance des conséquences que ça a sur les enfants...

Ici, vous voyez, j'ai une lettre de Diabète Beauce-Etchemin, copie qui m'a été envoyée d'une lettre envoyée à la députée de Beauce-Sud, et on y dit: «Nous voulons faire part des inquiétudes des parents dans la région face à leur enfant diabétique de type I.» Mais ça fait écho à bon nombre de représentations qui sont faites par les parents.

Alors, c'est une maladie chronique permanente incurable qui nécessite des soins essentiels au maintien de la vie comme les injections multiples d'insuline ou des thérapies sous pompe à insuline, et donc c'est toute

la question des pompes à insuline. Et la lettre était accompagnée d'une lettre manuscrite où on parlait, sans que je nomme les personnes, là, pour des raisons évidemment de protection des renseignements nominatifs, mais on disait: «Pascal doit se piquer de six à 10 fois par jour pour ses tests et autant de fois pour ses injections, et ça devient de plus en plus souffrant pour lui, très difficile.» Puis là on raconte: l'usine où travaillait sa mère a fermé, elle est donc en chômage. Son père est salarié dans un petit moulin à scie, il n'y a pas d'assurance groupe, alors il procède à une collecte, et tout ça, pour ramasser le 500 \$ que coûte la pompe à insuline. Et...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, nous avons largement dépassé l'enveloppe.

Mme Harel: Dépassé?

Le Président (M. Copeman): Je pense qu'il faudrait permettre au ministre de répondre à quatre questions posées.

Mme Harel: Oui. M. le Président, je rappelle que cette... je réfère à un très, très bon éditorial du journal *Le Soleil*, c'est un exercice essentiel pour la démocratie qui est celui du contrôle parlementaire sur les dépenses gouvernementales.

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

M. Couillard: On est tous d'accord.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le ministre, je pense qu'on est tous d'accord. Moi, en tant que président, vous savez, Mme la députée, j'ai un devoir essentiel à faire, c'est de s'assurer, selon beaucoup de décisions qui ont été rendues par des prédécesseurs, de s'assurer de ce qu'on appelle un partage équitable du temps. Je peux vous citer des décisions, 284/1, 284/3, 284/4, où on fait référence tout le temps à la question de partage équitable du temps. Et j'ai un relevé du temps devant moi qui a été fourni par nos services de secrétariat, qui démontre, depuis le début de nos travaux, que, en termes de remarques préliminaires, l'opposition a parlé pour 20 min 55 s. Le ministre a fait des remarques préliminaires de 7 min 45 s...

Mme Harel: Il en avait fait avant.

Le Président (M. Copeman): Bien, je n'ai pas inclus, Mme la députée, les remarques préliminaires de votre collègue la députée de Duplessis non plus. Alors, si j'ajoute ça, ce serait 40 minutes pour l'opposition puis 27 minutes pour le ministre.

En ce qui concerne le questionnaire et les réponses, les députés de l'opposition ont posé des questions pour 1 h 50 min 15 s. Le ministre a répondu 1 h 28 min 45 s. Autrement dit, le ministre a répondu de façon plus succincte que les questions ont été posées pour un total de 3 h 19 min. Les députés ministériels ont posé des questions pendant 42 min 20 s; 42 min 20 s, comparé au questionnaire de l'opposition de 1 h 50 min 15 s, c'est à peu près 50 % du temps. Le ministre a répondu pendant 1 h 10 min 35 s, alors un

peu plus de temps de réponse du ministre du côté ministériel pour un total de 1 h 52 min 55 s. Moi, je trouve que c'est pas mal équitable, et je suis sûr que, quand vous présidez la Commission des transports et de l'environnement, en tant que présidente, vous partagez cette définition d'équitable également.

Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour une intervention la plus succincte possible pour qu'on puisse poursuivre les échanges.

M. Couillard: M. le Président, je rends hommage à votre sens de l'équité et à votre expérience également. Alors, on va prendre les points un par un parce qu'il y a plusieurs points.

Octroi du statut d'observateur lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament (suite)

Naturellement, vous l'avez dit, il y avait quatre questions à la question, là. Alors, on parle d'abord du forum sur l'utilisation optimale. Nous, on n'a pas d'objection à ce que Mme la députée assiste à ça comme observatrice. Je ferais cependant remarquer — puis juste pour le faire remarquer parce que, moi, je n'étais pas là — que, lors d'exercices semblables du gouvernement précédant, l'opposition — nous, notre parti — avait alors été assez cavalièrement écartée. Mais on ne justifiera pas une action inélégante par une inélégance encore plus grande, de sorte que ça nous fera plaisir d'avoir la présence de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve comme observatrice à cette activité qui, rappelons-le, est un forum d'experts et non pas une activité politique.

État d'avancement du dossier de l'adjudication en ligne (suite)

La question des médicaments d'exception et de l'adjudication en ligne, en fait, c'est une très bonne nouvelle. J'annonçais tantôt qu'il sera bientôt possible pour le médecin... Il faut savoir que le formulaire de médicaments d'exception est déjà disponible en ligne, mais qu'actuellement le médecin doit l'imprimer, le remplir et l'expédier à la Régie de l'assurance maladie du Québec. À partir de juin prochain, il devrait être possible de faire l'ensemble de la transaction en ligne, ce qui est une très bonne nouvelle, autant pour les patients que pour les médecins qui ont à remplir ces formulaires d'exception. Ceci ouvre également la porte sur la question des avis thérapeutiques qui fait partie du plus grand dossier d'informatisation du système de santé, dont nous avons parlé et dont, je suppose, nous reparlerons également.

Intentions concernant le remboursement de médicament pour les patients atteints de la maladie de Fabry (suite)

Pour ce qui est de la maladie de Fabry, effectivement c'est une maladie très grave qui heureusement ne touche qu'un petit nombre de Québécois et de Québécoises, je crois que c'est moins de 10 personnes, 10 diagnostiquées mais six en traitement actuellement au Québec. Le médicament a été introduit par la... une fois reconnu par Santé Canada, a été introduit dans un

centre hospitalier dans le cadre d'un protocole de recherche financé par l'entreprise donc qui manufacture ces médicaments. Et, ce qui est arrivé malheureusement, probablement, par les troubles de communication, le processus d'examen du Conseil du médicament n'étant peut-être pas aussi clair que la compagnie l'aurait souhaité, ils ont évoqué l'intention de retirer le médicament et donc de cesser le financement.

● (10 h 10) ●

Alors, nous avons repris contact avec l'entreprise en question. Elle va continuer donc de fournir le médicament et de le financer jusqu'à ce que le processus d'examen soit terminé. On me dit que ce processus d'examen devrait se terminer vers le mois d'août, septembre, et, à ce moment-là, la décision sera prise quant au financement du produit.

Évidemment, je prends pour acquis ce que dit la députée qu'il s'agit d'un médicament qui sauve la vie des gens, qui a une valeur thérapeutique certaine, donc il n'y a pas d'inquiétude à avoir — si les précédents existent là-dedans — et certainement que c'est le critère principal qu'on va retenir, mais bien sûr on s'appuie encore une fois là-dessus comme dans tous les autres domaines. Et je pense que ceci doit être très clair, ce genre de question de reconnaissance d'inscription de médicaments à la liste, ce n'est plus des décisions politiques, c'est une décision du Conseil du médicament, auquel nous accordons toute notre confiance et qui fonctionne sur une base scientifique dans un domaine qui est très névralgique pour l'ensemble des Québécois.

Remboursement des frais des médicaments pour les enfants atteints du diabète de type I (suite)

Pour ce qui est maintenant du diabète de type I ou diabète juvénile pour lequel la technologie de la pompe à insuline également est un des moyens, un des traitements possibles, il y a une réflexion en cours au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux sur cette question, incluant la prévention du diabète. Mais, dans le cas du diabète juvénile, c'est plus difficile parce qu'il y a une base génétique importante à la maladie, incluant la pompe à insuline... On sait que l'Agence d'évaluation de technologies et des modes d'intervention en santé — une autre agence indépendante comme le Conseil du médicament — doit nous faire parvenir sous peu — on annonçait le rapport pour le printemps 2004, donc je suppose que sa publication doit être imminente — un rapport concernant l'inventaire des technologies et des techniques, l'utilisation des pompes à insuline, la description des bénéfices et inconvénients — parce qu'il faut se souvenir que, dans un traitement, il y a toujours des bénéfices; s'il y a des bénéfices, en général il y a des inconvénients qui doivent être balancés — l'évaluation des impacts, la création d'un tel programme et la comparaison, et c'est important, de l'utilisation de ces technologies entre le Québec et les autres juridictions, autant au Canada qu'ailleurs dans le monde. Donc, à la réception de cette recommandation de l'AETMIS, des travaux du comité intraministériel, nous serons en mesure donc de voir comment cette

technologie, si c'est la recommandation de l'AETMIS, peut ou doit être incorporée à notre panier de services.

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

M. Marsan: Merci, M. le Président. D'abord, salutations au ministre, à l'équipe qui l'entoure, également aux collègues des deux côtés de cette table.

J'écoutais tantôt la critique de l'opposition officielle vous demander de faire une espèce de bilan après seulement une année d'exercice du pouvoir. Et je me suis permis de remonter un petit peu dans l'histoire puis de remonter au moment où, en 1994, le gouvernement du Parti québécois était élu avec des promesses, des promesses, des promesses.

Les actions, elles ont été les suivantes, et on en a déjà parlé; je ne veux pas insister plus longtemps qu'il faut. Mais se rappeler simplement les fermetures d'hôpitaux, avec le virage ambulatoire, sans avoir les fonds nécessaires pour les soins à domicile, sans avoir les fonds nécessaires pour les centres hospitaliers de longue durée pour les personnes âgées, avec des résultats extrêmement mitigés quant aux services aux patients.

Je me permets d'insister un petit peu plus longuement aujourd'hui surtout qu'on va... j'ai l'intention de porter mon questionnement sur le programme 4, la Régie de l'assurance maladie, notamment les services médicaux et les services pharmaceutiques, dans un deuxième temps.

Mais je voudrais rappeler la pire décision qui a été prise par un gouvernement au Québec dans toute l'histoire de la santé et des services sociaux, et c'étaient les mises à la retraite de médecins, infirmières et différents professionnels, même fonctionnaires du gouvernement.

Moi, je me suis souvenu que des établissements de santé, des hôpitaux ont vidé leurs blocs opératoires, leurs soins intensifs, leurs salles de réveil à peu près du jour au lendemain, suite à cette décision qui permettait aux infirmières, à des médecins de quitter leurs établissements avec des fonds de pension qui étaient quand même généreux par rapport aux besoins... où ces établissements-là avaient vraiment besoin de garder ces équipes de professionnels très, très expérimentés.

Je me souviens également que dans certains cas, quelques mois plus tard, il fallait rappeler ces gens-là après les avoir mis à la retraite. Je me souviens, au niveau médical, les anesthésistes qui étaient rappelés en catastrophe parce que, là, on venait de s'apercevoir de la bévue, et, s'il y a un bilan à dresser, je pense qu'il faudrait tenir compte de cette très, très mauvaise décision qui avait été prise par le gouvernement précédent, le gouvernement du Parti québécois.

Je me suis souvenu aussi, M. le Président — et là je fais appel à mes collègues qui étaient sur cette commission, ceux de la Commission des affaires sociales — c'était en 1994, et on avait promis d'abolir les pénalités quant au partage du logement à l'aide sociale, lorsque deux bénéficiaires demeuraient ensemble il y avait une pénalité, et c'était une grande promesse qui avait été faite, et la ministre, à l'époque, eh bien, elle n'avait respecté son engagement que partiellement mais quatre ans plus tard. Alors, ça avait été respecté partiellement et quatre ans plus tard.

Augmentation du nombre d'admissions en médecine

Alors, je pourrais poursuivre aussi quant au bilan, mais je voudrais revenir par rapport aux enjeux de ce matin, c'est-à-dire l'étude des crédits, particulièrement ceux de la Régie de l'assurance maladie. Alors, le premier élément du programme, ce sont les Services médicaux, et, M. le ministre, un des facteurs déterminants pour une plus grande accessibilité des soins de santé est certainement le nombre suffisant de professionnels de la santé. Je pense que personne ne va mettre ça en doute.

Nous nous sommes engagés, durant la dernière campagne électorale, à hausser les admissions en médecine au bout d'un certain nombre d'années — je pense que c'était cinq ans — 750 étudiants en médecine de plus que ce qui était alors prévu en formation. J'ai été surpris de voir ma collègue la députée d'Hochelaga-Maisonneuve laisser entendre qu'on était, en termes de formation, de seulement 150 étudiants. Alors, je voulais vous demander, dans un premier temps, de nous rassurer. Et j'aurais d'autres questions à vous poser sur les services médicaux également.

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

M. Couillard: Oui. M. le Président, j'ai fait un oubli impardonnable. J'ai oublié de mentionner qu'à ma droite se trouve M. Pierre Roy, le P.D.G. de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui est entouré bien sûr par son équipe à la direction et, également, l'équipe de direction du ministère qui nous accompagne.

La question des effectifs médicaux a été... on en a débattu l'autre jour. Vous avez bien fait de faire allusion à la double erreur des mises à la retraite et des baisses d'entrées en Faculté de médecine.

J'étais en France, au cours des dernières semaines, et on constatait, là-bas... on essayait d'analyser quelle est la raison fondamentale qui donne l'avantage au système français sur le nôtre, qui est celui de l'accessibilité, parce qu'en termes de résultats populationnels les résultats sont à peu près les mêmes: espérance de vie, mortalité périnatale. On peut même dire que, dans l'organisation de santé publique, on a probablement une longueur d'avance, de même que dans la régionalisation des soins de santé. Mais il n'y a clairement pas, en France, les problèmes d'accès que, nous, nous avons pour les interventions chirurgicales et les procédures diagnostiques.

Une des raisons... il y en a plusieurs, mais une des raisons, c'est le nombre de personnel disponible. Il y a autour de trois médecins, un peu plus de trois médecins par 1 000 habitants en France, alors qu'il y en a deux au Québec. Alors, si on comblait la différence entre les deux, ça représenterait plusieurs milliers de médecins de plus au Québec, et, bien sûr, il ne faut pas non plus en avoir trop. Il faut que ces gens maintiennent une masse critique et une expérience professionnelle, mais il est certain que la pénurie d'effectifs médicaux et infirmiers est une des raisons qui fait qu'on a des problèmes d'accessibilité actuellement dans le réseau de la santé.

Pour ce qui est du nombre d'étudiants et de médecins en formation, effectivement, lorsqu'on parle de 750 médecins en formation de plus, c'est à tous les niveaux de formation. Donc, il est assez simple de voir

qu'en ajoutant les normes que l'on a déjà ajoutées, si on multiplie par le nombre d'années de formation nécessaires pour un médecin omnipraticien, cet objectif sera largement atteint.

M. Marsan: Je me suis souvenu aussi que cette fameuse... ce projet de loi, à l'époque, qui est devenu loi, pour les mises à la retraite, bien, ça avait été fait sous un bâillon et que l'étude en commission parlementaire prévue dans le bâillon avait été faite autour de 3 heures, 4 heures et 5 heures du matin. C'est juste un petit rappel de l'histoire, M. le Président.

Répartition des effectifs médicaux en région

Je voudrais poursuivre et vous entendre sur, toujours, les services médicaux. Il y a des négociations qui vont arriver à terme, elles sont peut-être déjà commencées. Si vous pouvez nous en parler, mais, surtout, nous parler de l'entente sur les médecins en région que vous avez négociée récemment, alors le problème étant toujours le manque d'effectifs, et je pense qu'on a vraiment démontré que c'était suite à une mauvaise décision qui avait été prise par le gouvernement précédent. Alors, est-ce que vous êtes en mesure d'apporter les corrections nécessaires pour permettre aux régions d'avoir les services dont ils ont besoin?

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

● (10 h 20) ●

M. Couillard: Bien, la correction de la pénurie de médecins, elle se fait de plusieurs façons. D'abord, elle se fait effectivement en augmentant le nombre d'entrées en médecine, et c'est ce qui avait été débuté d'ailleurs en 1999 et qu'on a poursuivi. Quand les gens se sont rendu compte de l'erreur, il y a eu un début de correction. Cependant, compte tenu du nombre d'années que ça prend pour les études de médecine, ça va prendre encore quelque temps avant qu'on voie les résultats de ces premières cohortes. On est actuellement dans la graduation des cohortes — très petites de trois années consécutives — à 406 étudiants en médecine, et c'est ce avec quoi on doit chaque année essayer de combler la pénurie, avec un nombre de départs naturels — retraite, décès, maladie, etc. — qui est toujours assez important également.

Alors donc, d'augmenter le nombre de médecins en formation, d'augmenter également l'accessibilité pour les médecins étrangers, ce qu'on a fait — comme je l'ai exprimé l'autre jour — de deux façons: d'une part, pour les médecins déjà chez nous et également pour l'accès ou l'accueil des médecins qui sont à l'étranger, mais ceci ne représentera jamais qu'une correction marginale dans l'ensemble du problème de pénurie qu'on a.

Donc, d'ici à ce que notre problème de pénurie soit corrigé par l'augmentation de nos diplômés, nous avons la responsabilité de répartir les effectifs médicaux de la façon la plus judicieuse possible et de les utiliser également de la façon la plus judicieuse possible.

Alors, dans l'utilisation judicieuse se trouvent les partages de rôles interprofessionnels que, effectivement, la loi n° 90 a facilités et, également, la création des groupes de médecine de famille que nous accélérons

à également faciliter, puisqu'on y retrouve un meilleur partage de rôle entre le médecin et l'infirmière, et, également, le développement de rôle de l'infirmière spécialisée et également de l'infirmière praticienne de première ligne. Voilà d'autres éléments qui nous permettent de concentrer les médecins sur leurs tâches spécifiques et celles pour lesquelles ils ont été véritablement formés.

Pour ce qui est maintenant de la répartition judicieuse des effectifs médicaux, dans les deux cas, autant les omnipraticiens que les spécialistes, nous avons procédé en collaboration et en partenariat avec les fédérations concernées: au lieu de faire des plans triennaux établis en isolement, nous avons fait des plans annuels qui sont donc révisés de façon constante et continuellement «monitorés» — si vous me passez l'expression — avec les fédérations médicales.

Pour les omnipraticiens, nous nous sommes basés essentiellement sur l'indice de besoins, c'est-à-dire le pourcentage d'atteinte des besoins en effectifs médicaux, ce qui montre que des régions qui ne sont pas si éloignées, comme par exemple Mauricie et Centre-du-Québec, sont en fait objectivement plus dépourvues en médecins que des régions qui sont plus éloignées, comme les Îles-de-la-Madeleine, par exemple. On avait tendance auparavant à ne calculer le concept d'éloignement de régions en difficulté que sur une notion de kilométrage, alors qu'on sait qu'il y a des régions qui sont surtout périphériques ou périurbaines, qui ont été, à cause de cela, largement pénalisées au cours des années.

Alors, la répartition des omnipraticiens qu'on fait se base d'une part sur le nombre prévisible statistiquement d'après les années précédentes de départs naturels — retraite, maladie, décès, départ vers un autre pays — et, également, l'arrivée des nouveaux facturants, ce qui permet d'envisager ou de calculer un ajout net de médecins.

Alors, pour vous montrer la situation dans laquelle on est, en Mauricie et Centre-du-Québec, il y a probablement un besoin de médecins supplémentaires omnipraticiens au moins de 60, 70 médecins. Cette année, on a pu ajouter 20 médecins de façon nette en Mauricie et Centre-du-Québec, compte tenu des cohortes dont on dispose. À Montréal, par exemple, il y a beaucoup d'ajouts de médecins, mais l'ajout net est d'environ cinq médecins, compte tenu des départs qu'on peut prévoir. Alors, vous voyez que ce jeu est basé donc sur une évaluation vraiment critique de la situation dans chaque région.

Pour ce qui est des spécialistes, la même démarche a été prise, c'est-à-dire par un plan d'effectifs annuel fait en collaboration avec la Fédération des médecins spécialistes, et la Fédération des médecins résidents a également participé aux conversations. Le but principal qu'on s'est fixé de façon commune, c'est de favoriser une répartition équitable de ce qu'on appelle les spécialités de base, parce que, des spécialistes, il y en a de plusieurs niveaux en termes de complexité, comme vous le savez, et, ce qu'on appelle spécialités de base, ce sont des spécialités qu'on devrait retrouver près des milieux de vie, partout au Québec, comme la chirurgie générale, l'anesthésie, la psychiatrie, l'obstétrique-gynécologie, et j'en passe.

Historiquement, le gouvernement précédent, dans ses répartitions de postes, a fait en sorte que 75 % de ces

spécialistes, même des spécialités de base, s'installent en région universitaire ou très près des régions universitaires. Nous nous sommes fixé comme but — et c'est accompli dans le plan d'effectifs de cette année — que cette répartition soit de 50-50. Donc, 50 % des médecins spécialistes en spécialités de base en régions péri-universitaires et 50 % en régions plus éloignées.

Pourquoi faut-il continuer à en placer en régions universitaires? C'est important de le mentionner: parce qu'il faut qu'il y ait un renouvellement constant du corps professoral, et c'est important à l'intérieur de nos facultés de médecine, chaque année, qu'un groupe de nos jeunes médecins diplômés aille parfaire leur formation à l'étranger et revienne avec des... un ajout, une expertise ajoutée dont ils peuvent faire bénéficier leur milieu.

Alors, voici la façon dont on s'y est pris. Dans les deux cas, c'est une analyse qui est continue, avec des comités de gestion des effectifs qui impliquent les acteurs concernés et qui permettent des ajustements chaque année compte tenu de ce qu'on voit évoluer, compte tenu des cohortes dont on dispose, parce que j'indiquais tantôt qu'on a eu cette année la graduation de la très petite cohorte de 406 étudiants, on a encore deux ans comme ça à venir, et c'est seulement après ça qu'on va commencer à voir le nombre de diplômés augmenter.

M. Marsan: Merci, M. le ministre. M. le Président, je voulais poursuivre avec l'élément du programme Services pharmaceutiques et médicaments. J'entendais notre collègue tantôt parler du problème de l'asthme et des médicaments qui y sont associés. Je pense qu'il y a une semaine ou deux nous recevions ici... tous les députés étaient invités à rencontrer l'Association pulmonaire, qui est dirigée par M. Brisson, qui nous ont fait part, là, vraiment de ce qui pouvait se passer avec leur association, et tantôt on mentionnait certaines difficultés par rapport à des médicaments.

Mais là aussi, M. le Président, je me suis souvenu qu'on avait déjà eu d'autres genres de difficultés avec le gouvernement précédent. Je voudrais tout simplement rappeler la bataille qui avait été livrée par l'opposition de l'époque dans le dossier de la sclérose en plaques et le médicament, je pense, le nom était Betaferon, où il y avait eu certaines difficultés d'avoir et d'obtenir les autorisations à l'époque en tout cas.

Mais je voudrais quand même retenir de la rencontre que nous avons eue avec les représentants de l'Association pulmonaire toute la partie d'information qui est maintenant associée aux difficultés de l'asthme, et ça, je pense qu'il faut reconnaître aussi l'excellent travail qui est fait par le ministère de l'Éducation dans ce domaine.

Objectifs et mode de fonctionnement du Conseil du médicament

Je voudrais profiter donc de cette introduction peut-être pour vous demander de nous parler du Conseil du médicament. Quels sont ses objectifs, ses buts? Comment fonctionne le Conseil du médicament? Alors, je pense que ça pourrait être intéressant pour nous de bien saisir toute la portée du travail qui est fait par ce conseil.

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

M. Couillard: M. le Président, évidemment le Conseil du médicament... et ça, je le reconnais, moi, je suis toujours prêt à reconnaître les bonnes actions du gouvernement précédent autant que je souligne leurs déficiences. Alors, évidemment le Conseil du médicament était une bonne idée.

On regroupait, si on se souvient, des conseils qui existaient, dont le Conseil consultatif en pharmacologie et d'autres instances, qui permettaient donc de se doter au Québec d'une organisation qui est à distance du gouvernement et qui donne des avis — encore une fois j'y reviens, c'est extrêmement important — et nulle part dans nos interventions, et je me permets de le souligner, nulle part dans nos interventions, autant du côté du gouvernement que de l'opposition, ne devrions-nous mettre en doute la confiance et la crédibilité que nous accordons à cet organisme. C'est excessivement important d'avoir la chance de disposer au Québec de ce réservoir d'expertise qui nous permet de prendre des décisions éclairées.

Alors, on retrouve sur le conseil d'administration, que j'ai d'ailleurs rencontré il y a quelques semaines, une gamme d'expertises qui est vraiment impressionnante. Alors, autant des pharmacologues que des pharmaciens, que des médecins généralistes ou spécialistes exerçant en différents milieux, il y a des représentations du public avec des colorations d'éthique également qui sont ajoutées à ces discussions, qui donnent, à mon avis, là, tout son sens à ce concept d'une évaluation qui est objective, qui s'appuie sur des données scientifiques mais, également, qui prend une coloration de souci pour la population et de considérations éthiques. Je pense que l'ensemble de cette mission-là et de ce mandat a été bien pensé.

Ce conseil s'entoure d'experts qui, il faut le dire, souvent donnent leurs avis avec de longues heures de travail et souvent de façon bénévole. On paie leurs dépenses de fonctionnement ou de déplacement, mais ces gens qui sont rares au Québec, ceux qui ont pu maintenir une attitude d'indépendance et de rigueur scientifique totale, ne sont pas si nombreux au Québec, donc on les taxe beaucoup en termes de demandes d'avis sur différents médicaments, et je voudrais leur rendre hommage aujourd'hui et leur dire qu'ils accomplissent pour le Québec une oeuvre éminemment utile.

Donc, ces gens font ce qu'on appelle des revues d'utilisation des médicaments, ce que dans le jargon on appelle un RUM, Revue d'utilisation des médicaments, où on prend une substance qui est déjà disponible — quand c'est une substance déjà disponible — et on fait une revue des données scientifiques quant à son utilisation en première, deuxième et troisième ligne. Et c'est l'exemple de ce qui a mené à la décision ou à la recommandation du Conseil sur le médicament de l'asthme.

Quant aux demandes d'inscription de nouveaux médicaments, la chose se fait de la même façon, c'est-à-dire par revue de la littérature scientifique, comparaison des bénéfices et des inconvénients et, surtout, du bénéfice réel en termes de valeur ajoutée.

● (10 h 30) ●

Parce qu'il y a une donnée qu'il ne faut pas oublier: c'est que, oui, l'industrie pharmaceutique apporte une grande valeur d'innovation, une valeur ajoutée à notre

société, mais, comme je l'indiquais dans un préambule plus tôt, il y a un problème actuellement de ralentissement mondial de la production de nouvelles molécules qui ont un effet thérapeutique net. Certaines études, par exemple, montrent que, sur 100 molécules nouvelles introduites, il y en a six ou sept qui ont un effet thérapeutique ajouté qui est majeur et significatif, d'où l'importance d'avoir énormément de clairvoyance dans ces évaluations et, encore une fois, de ne s'appuyer que sur des données scientifiques.

Objectifs du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament

M. Marsan: J'aimerais vous demander aussi... Vous avez fait allusion tantôt à un symposium du médicament. Alors, pourquoi un symposium du médicament à ce moment-ci? Quels sont les objectifs qui sont poursuivis? Et si vous pouvez nous dire, là, la durée et donner les explications par rapport à ce genre d'activité qui va sûrement être des plus importants.

M. Couillard: Alors, M. le Président, effectivement, il s'agit d'un jalon dans la construction d'une véritable politique du médicament qui, rappelons-le, est bâtie autour des concepts d'accessibilité, de fixation équitable des prix, d'utilisation optimale et du maintien au Québec d'une industrie pharmaceutique dynamique.

Pour ce qui est de l'utilisation optimale, donc nous allons tenir cet exercice qui est un forum d'experts, mais qui sera également accessible aux médias et qui réunira également des représentants de la population, des groupes d'usagers, qui seront présents dans les délibérations, parce qu'il s'agit d'abord d'expliquer ce qu'on entend par utilisation optimale. On a vu tantôt, dans la discussion, que le concept de toute évidence n'est pas clair. Alors, il faut le clarifier. Qu'est-ce qu'on entend, qu'est-ce que ça veut dire en pratique, l'utilisation optimale des médicaments? Comment certains pays... Et on aura, entre autres, un conférencier de la France qui viendra nous expliquer leurs actions dans ce domaine, comment certains pays se sont attaqués à ce problème, de sorte qu'on ait, suite à ces deux jours, les 20 et 21 mai, une sorte d'impression globale de la signification du concept et de sa mise en application dans différentes situations. Et, à partir de ces renseignements-là, on aura donc le matériel nécessaire pour l'inclure dans notre politique du médicament.

Moi-même, je serai présent, et je tiens à le dire, à toutes les séances de ce symposium-là. Vous savez que souvent dans nos activités, lorsqu'on participe à des symposiums, on va faire une allocution d'ouverture ou une allocution de fermeture... allocution de fermeture. Ici, je ferai bien sûr ces deux allocutions, mais je serai également présent dans les délibérations de façon à ce que je m'imprègne également, moi, de la signification, de l'aspect concret de ce concept d'utilisation optimale.

Le programme du symposium est disponible dans le public. Je ne sais pas s'il est utile de le déposer à la commission, je pourrais le soumettre au président pour son examen expert, voir s'il peut être déposé.

M. Marsan: Je vous remercie. J'aurais une autre question.

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

Allégations d'usage frauduleux de cartes d'assurance maladie

M. Marsan: Oui, rapidement. C'est un dossier qui a été sur la place publique, c'était... on a laissé entendre qu'il pouvait y avoir une contrefaçon ou un trafic de certaines cartes d'assurance maladie. Je me suis... je me souviens très bien d'avoir écouté votre conseiller juridique, Me André-Gaétan Corneau, donner une entrevue à ce sujet-là qui semblait rassurante, en tout cas. Je ne sais pas si on peut demander au président de la Régie de l'assurance maladie du Québec de faire le point sur un dossier qui a été présenté comme étant potentiellement... une façon de trafiquer — excusez, je pèse mes mots, là — certaines cartes d'assurance maladie.

M. Couillard: S'il y a consentement, M. le Président, je demanderais au président-directeur général de répondre à cette question.

Le Président (M. Copeman): Il y a consentement pour permettre à M. Roy d'intervenir? Consentement?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Roy, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

M. Roy (Pierre): Merci, M. le Président. Oui, effectivement, dans certains médias et de façon plus spécifique dans le journal *La Presse*, au début de novembre dernier, il y avait eu un certain nombre d'articles, en fait trois en l'espace d'une semaine, laissant entendre notamment qu'il y avait, pour employer l'expression utilisée dans les médias, une «filière marocaine» qui faisait en quelque sorte une utilisation frauduleuse des cartes d'assurance maladie. On avait aussi titré en gros caractères que 100 000 bébés avaient disparu des fichiers de la Régie de l'assurance maladie. Ces éléments-là avaient amené à ce moment-là la Régie, en collaboration évidemment avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, à déclencher une enquête qui nous a amenés à faire rapport à deux occasions. D'une part, au début décembre, un rapport préliminaire, et, tout récemment présenté, le rapport final qui a été remis le 31 mars par l'enquêteur désigné, Me Corneau, et qui nous a amenés, dans les jours suivants, à faire une conférence de presse pour essentiellement dire que les allégations contenues dans le journal *La Presse*, de début novembre, étaient non fondées — non fondées — parce que nous n'avons pas décelé quelque filière marocaine que ce soit, procédant de façon frauduleuse à l'obtention de cartes d'assurance maladie. Nous avons détecté des cas, effectivement un certain nombre de cas. Nous avons fourni d'ailleurs un certain nombre d'explications sur ces cas-là. Mais rien ne nous a permis de conclure qu'il y avait une filière et rien non plus ne nous a permis de conclure qu'une telle filière pouvait notamment être

reliée à Royal Air Maroc. Donc, nous avons essayé de rétablir les faits concernant cette filière présumée.

De la même façon, et dès décembre, on avait été en mesure de confirmer que ce qu'on a appelé les 100 000 bébés volatilisés, qu'aucun de ces bébés ne s'était effectivement volatilisés. Après examen et après échantillonnage dans huit centres hospitaliers, dont sept de la région de Montréal et un de la région de Québec, ce qu'on a tout simplement constaté, c'est que ce qu'on appelait des bébés volatilisés, c'étaient purement et simplement des bébés qui étaient mort-nés. Donc, effectivement, des enfants qui sont nés et pour lesquels la Régie... qui sont nés, pour lesquels il y a eu une intervention, pour lesquels la Régie de l'assurance maladie a effectivement rémunéré un professionnel de la santé pour un acte qui a été posé. Mais, ces enfants-là étant morts, évidemment, un an plus tard, il n'y a pas eu délivrance de carte d'assurance maladie. Donc, prétendre que la Régie avait perdu la trace de 100 000 bébés était totalement...

Une voix:

M. Roy (Pierre): Oui, 100 000.

Une voix: ...bébés mort-nés.

M. Couillard: Non, non, non.

M. Roy (Pierre): Non, non. Nous, c'est que le... On avait... le journaliste avait fait une extrapolation à partir de certains chiffres qu'il prétendait avoir obtenus et, à partir de cette extrapolation-là, il avait conclu à 100 000, ce qui était très nettement exagéré.

M. Couillard: 100 000 bébés disparus.

M. Roy (Pierre): 100 000 bébés disparus. Nous avons fait un échantillon de cas supposément disparus et on en avait, pour deux années, identifié 1 400, pour deux années, et, dans les 1 400 en question, 65 % étaient des bébés mort-nés. Donc, effectivement, il n'y avait pas là matière à titrer ce qui a été titré à l'époque, et nous avons essayé, dans la mesure du possible, de rétablir les faits. Bon.

En bout de piste, ce que nous avons aussi conclu, c'est que, s'il n'y avait pas filière marocaine, il y avait par ailleurs, effectivement, certaines personnes qui avaient obtenu la carte d'assurance maladie et qui n'auraient pas dû l'obtenir. Et, je dirais, dans tout bon système de vérification, ceci ayant été constaté, on a annoncé que certaines mesures seraient mises en place pour renforcer encore davantage les mécanismes de contrôle en vigueur à la régie, je vous dirais, dans les deux sens, c'est-à-dire autant a priori qu'a posteriori; c'est-à-dire, a priori, pour s'assurer qu'au moment de l'émission de la carte tous les contrôles adéquats sont exercés et, a posteriori, aussi pour renforcer la capacité d'enquête de la régie lorsqu'il y a délation, ou dénonciation, ou signalement de situations potentiellement frauduleuses.

Maintenant, il faut comprendre aussi qu'on est dans un régime qui est largement basé sur les intentions. Lorsqu'une personne se présente à nos bureaux de Montréal et nous dit: «J'ai l'intention de m'établir au Québec. J'ai

un document d'immigration qui atteste de mon intention de m'établir au Québec et j'ai un bail ou une attestation de résidences», ça satisfait aux conditions prévues dans la loi et la réglementation. Si cette personne qui a des intentions frauduleuses, un mois après, quitte le Québec et n'y revient pas et quitte avec sa carte d'assurance maladie, bon, il y a là des situations potentiellement frauduleuses qu'il faut essayer de contrôler dans la mesure du possible sans, non plus, pousser les vérifications a priori à un point tel qu'il deviendrait extrêmement difficile de se procurer sa carte. On sait à quel point l'obtention de la carte d'assurance maladie pour quelqu'un qui arrive au Québec est quelque chose d'important, puisque l'accès aux soins de santé est évidemment parmi les besoins fondamentaux de toute personne qui vit en société.

Alors, essentiellement, ça a été ce que l'objet de l'enquête nous a permis de découvrir. Essentiellement, que les allégations étaient très nettement exagérées, voire non fondées, mais que par ailleurs il y avait lieu de quand même renforcer un certain nombre de contrôles pour s'assurer, comme je l'ai dit à quelques reprises, que seuls ceux qui y ont droit aient accès à la carte d'assurance maladie.

M. Marsan: Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière.

Octroi du statut d'observateur lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament (suite)

M. Picard: Merci, M. le Président. Mes salutations aux membres de la commission, au ministre et son équipe.

Tantôt, vous parliez du symposium sur les médicaments. Je comprends de votre réponse que Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve pourra y assister. Nous aussi, notre groupe parlementaire? Parce qu'on était en attente d'une réponse de votre cabinet. C'est correct?

M. Couillard: Je peux répondre pour le record, comme on dit.

M. Picard: Oui, pour les...

M. Couillard: Alors, effectivement, il y aura également une invitation, comme observateur, lancée au groupe parlementaire de l'Action démocratique du Québec.

● (10 h 40) ●

M. Picard: On vous remercie, M. le ministre. Mes échanges seront, comme d'habitude, dans un but constructif, et, malheureusement, vous ne pouvez pas nous dire: Vous n'avez pas fait ça quand vous étiez là, on n'a pas encore été au pouvoir. Mais ça va venir.

M. Couillard: On vous souhaite bonne chance.

Réaffirmation des compétences du Québec en matière de santé

M. Picard: Ah oui! M. le Président, vous savez qu'une des principales intrusions fédérales dans les champs

de compétence du Québec est dans le domaine de la santé, une compétence clairement provinciale en vertu de la Constitution, mais qui n'empêche pas le fédéral d'empiéter de plus en plus dans le champ. On parle beaucoup de déséquilibre fiscal, on sait que l'argent est à Ottawa, que les dépenses en matière de santé sont ici, au Québec. D'ailleurs, il faut se rappeler que, l'hiver dernier, le ministre des Finances a payé une publicité, là, parlant de... Le financement du fédéral aux services de santé était à 50%; là, on est rendu à 16%, de mémoire. La Loi canadienne sur la santé contraint le Québec à respecter certaines normes, mais le fédéral diminue toujours les ressources allouées aux services de santé. Certaines provinces commencent à réclamer plus de souplesse dans l'application de cette loi, notamment afin de permettre l'addition de la contribution du secteur privé.

Ma question au ministre de la Santé: Avez-vous l'intention d'appuyer les provinces canadiennes qui réclament soit la mise de côté ou, à tout le moins, une interprétation beaucoup plus souple de la Loi canadienne sur la santé, et de réaffirmer la claire compétence du Québec dans ce domaine?

M. Couillard: Pour ce qui est de la réaffirmation de la compétence du Québec, on ne s'en prive pas, et on le fera de façon très, très, très serrée. On l'a déjà fait, on le fait, et on le fera de façon très serrée non seulement parce que c'est la bonne chose à faire sur le plan constitutionnel, mais c'est le gros bon sens. L'expertise pour la gestion des systèmes de santé est au niveau des juridictions provinciales, qui donnent la dispensation, l'orientation et l'organisation des services, et c'est là qu'elle doit être et c'est là que la reddition de comptes, également, doit se faire. Et, là-dessus, on est très fermes avec nos homologues du gouvernement central.

Maintenant, pour ce qui est de la Loi canadienne sur la santé, moi, on m'a posé la question dans d'autres forums, et, à ce moment-là, j'ai clairement indiqué qu'à mon avis il n'est pas nécessaire de modifier la Loi canadienne sur la santé pour la raison suivante: c'est qu'elle contient déjà beaucoup de souplesse. Prenons le premier principe qui est l'administration publique du système de santé. Les mots n'ont pas été choisis par hasard. Si on parle d'administration publique, on ne parle pas de prestation publique, on parle du fait que l'État doit administrer et financer les services. Et d'ailleurs il y a une certaine dose d'hyperbole — et j'hésite à utiliser un autre terme — dans ce domaine-là, puisque je suis certain qu'autour de la table, ici, la majorité d'entre nous avons déjà consulté une polyclinique médicale. Or, qu'est-ce qu'une polyclinique médicale, M. le Président? C'est une entreprise privée qui fait des profits et qui est financée en services par le patient via sa carte d'assurance maladie, par l'État. Donc, de dire qu'il s'agit d'une expérience, c'est complètement faux; ça existe déjà dans la réalité, et on n'a pas besoin d'ajuster la Loi canadienne sur la santé pour ça. Et ça, je pense que c'est très clair. Il existe de nombreux exemples, là, ce qui fait qu'à mon avis la discussion sur ce côté-là et les arguments qui sont présentés sont parfois d'un simplisme assez désarçonnant.

Alors, il y a énormément de possibilités, lorsqu'on évalue la façon dont la loi est rédigée, de multiplier les

sources de prestation de services, parce que... Quel est l'objectif fondamental de la Loi canadienne de la santé et de nos systèmes de santé? C'est de maintenir l'accessibilité et l'universalité des soins, qui sont deux autres principes fondamentaux des soins de santé, de la Loi canadienne sur la santé, basés sur l'élément suivant: c'est que nul ne doit se voir dénier l'accès aux soins ou, à l'inverse, ne doit se voir favoriser l'accès aux soins d'après des critères qui ont rapport avec son état de fortune personnelle. Et ça, c'est un concept auquel l'ensemble des Québécois et l'ensemble des Canadiens et Canadiennes, également, adhèrent de façon très claire et qu'on a l'intention de respecter.

Ceci étant dit, encore une fois, la Loi canadienne sur la santé, à mon avis et à notre avis, contient déjà beaucoup de souplesse. La réalité est qu'effectivement il y a de la prestation privée de services déjà, on en a tous fait l'expérience autour de la table, et de dire que ça n'existe pas relève non seulement du simplisme, mais possiblement d'un certain niveau d'hypocrisie.

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

**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 Chaudière-Appalaches**

M. Picard: Merci, M. le Président. Sur un autre sujet, concernant les agences de développement qui ont remplacé les régies régionales. Moi, j'ai participé à certaines discussions avec l'Agence de Chaudière-Appalaches concernant la création de réseaux locaux. J'ai... Mais je voudrais que... J'ai participé aussi à une séance de consultation publique puis je ne suis pas certain que vous ayez été mis au fait, là, du climat entourant ça. Il y avait à peu près 200 personnes à Sainte-Marie-de-Beauce et il y avait, je dirais, de 10 à 15 policiers ou agents de sécurité dans la salle ou à l'extérieur. C'est un drôle de climat pour vivre ça au Québec. Puis je vous dirais même plus, j'ai donné une entrevue à un poste de télé communautaire et, dans l'entrevue, on me disait: O.K. vous avez fait une proposition pour agencer... une nouvelle proposition pour les réseaux locaux, puis là qu'est-ce que vous attendez? Qu'est-ce que la population devrait faire? Moi, tout bonnement, j'ai dit: La population devra peut-être manifester ou se soulever. M. le ministre, deux jours plus tard, la Sûreté du Québec appelait à mon bureau de comté pour savoir qu'est-ce que j'avais dit. J'étais un terroriste, parce que l'Agence avait contacté la Sûreté du Québec pour dire que j'avais dit des choses très graves au Québec. En tout cas, ça, d'entrée de jeu, en tout cas, ça fait bizarre comme consultation dans Chaudière-Appalaches.

Mais revenons sur le sujet plus précis. La proposition que l'Agence vous a fait parvenir, l'Agence indique qu'elle a consulté, mais c'est une proposition qui a été élaborée en vase clos avec les bureaucrates de l'Agence et les différentes directions des établissements, et, après coup, on a lancé ça dans le processus, avec les conseils d'administration. Et on se retrouve avec un

débalancement au niveau des réseaux, là. À titre d'exemple, Beauce-Etchemins, le réseau va desservir 86 000 de population, Montmagny-L'Islet, 43 000, L'Amiante, 44 000.

Le hic, c'est le... on a créé un réseau, là, je veux dire un monstre, quant à moi, pour la région. Peut-être qu'à Montréal ce serait tout petit parce que... Mais on crée un réseau qui va compter presque 220 000 citoyens qui seront desservis. Moi, lorsque j'ai lu la loi qui a été adoptée, je comprenais que les réseaux locaux, c'était pour rapprocher les décisions des citoyens puis pour offrir à des citoyens en fonction des spécificités, des clientèles.

Moi, la proposition que j'ai faite, c'est que le Littoral de 220 000 personnes soit scindé, qu'on ait les anciennes MRC de Desjardins et de Bellechasse, où on retrouve une clientèle plus âgée, et Chutes-de-la-Chaudière, Lotbinière et Nouvelle-Beauce, où on retrouve une clientèle beaucoup plus jeune, il y a beaucoup de jeunes familles. Donc, c'est des besoins différents.

Ma question... Mais non, je vais continuer. Là, je n'ai pas eu de nouvelles, là. Je sais que la proposition est rendue à votre bureau, l'Agence vous l'a fait parvenir.

Si je reviens aussi à l'Agence, dans les journaux, là, les gens commençaient à s'interroger sur la pertinence de conserver le centre de santé Paul-Gilbert. Et vous vous rappelez — bien, en tout cas, c'est dit fréquemment en Chambre — le fameux budget virtuel de la députée de Taillon. Mais, nous, maintenant, dans Chaudière-Appalaches, on est rendus avec une entente virtuelle. Parce que, suite aux articles dans les journaux disant que la population s'inquiétait un petit peu de la fermeture de Paul-Gilbert, l'Agence a concocté une entente virtuelle, une entente virtuelle qui a été signée par le centre de santé Paul-Gilbert qui va disparaître avec la création du réseau local, le conseil d'administration n'existera plus. L'Agence, à ma connaissance, c'est une entité qui va disparaître d'ici deux ans. Donc, il va rester l'Hôtel-Dieu de Lévis. L'Hôtel-Dieu de Lévis va être le seul signataire qui va encore exister dans deux ans.

Comment une entente virtuelle... Le mot «virtuelle» ne vient pas de moi, là, le mot «virtuelle» vient du président du conseil d'administration de Paul-Gilbert. C'est le terme qu'il a employé dans un journal local. Ma question est de savoir comment on peut assurer un développement ou un accès à des services par une entente virtuelle avec des gens qui... des entités qui n'existeront plus.

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

● (10 h 50) ●

M. Couillard: M. le Président, il y avait plusieurs éléments. Effectivement, pour revenir au début, ce n'est pas les instructions de notre part, là, d'avoir encadré les débats par des agents de sécurité. Effectivement, il faut choisir ses mots. Peut-être que, quand on a utilisé le mot «soulèvement», effectivement, il y aurait peut-être eu moyen de le dire autrement. Puis je veux juste mentionner un mot également, le terme «bureaucrate». Le terme «bureaucrate», c'est un terme qu'on emploie de façon péjorative. Et ce n'est pas correct. Il y a autour de moi, là, des Québécois qui servent l'État du Québec depuis des années puis qui vont continuer à le faire quel que soit le gouvernement qui est là. Dans les agences, c'est la même chose. Moi, qu'on parle

de serveurs de l'État ou d'administrateurs de l'État, bien, mais bureaucrates, avec une teinte péjorative, moi, je ne suis pas d'accord.

Pour ce qui est de la question de la proposition de l'agence de Chaudière-Appalaches, effectivement, elle est en cours d'analyse au ministère. Un des éléments dans le Littoral, M. le député, qui va guider notre décision finale, qui n'est pas prise encore, c'est la question justement de solidifier le Centre Paul-Gilbert, compte tenu des craintes qu'il y a eu dans la population. Puis là, lorsque vous dites que le Centre Paul-Gilbert disparaît, il faut quand même être réaliste. Encore une fois, j'utilise toujours la même image, là, il n'y a pas de failles qui s'ouvrent dans Chaudière-Appalaches, puis le Centre Paul-Gilbert ne tombe pas dans un précipice. Il est encore là, il y a encore des patients qui vont y aller, puis on veut justement que ce soit consolidé comme mission.

Bien sûr, les conseils d'administration vont être regroupés, et ça montre qu'on ne doit pas se préoccuper des structures mais plutôt des services à la population. Et ce qui va nous guider dans le cas de Chaudière-Appalaches, et vous l'avez très bien illustré vous-même en montrant la taille variée des réseaux qui sont proposés, c'est justement qu'il n'y ait pas de mur-à-mur, qu'on adapte chaque proposition et chaque analyse à la situation de chaque région. Et sans présumer de la décision qu'on prendra, je dirais qu'elle s'appuiera essentiellement sur ce concept de mieux desservir les gens et, comme vous le dites, de rapprocher les décisions des citoyens. Parce que ce qu'il faut réaliser, c'est que la mise sur pied de ces réseaux locaux permet de basculer au niveau local, donc plus près des citoyens, l'administration de programmes de services tels que les programmes de personnes âgées, programmes de santé mentale, programmes de réadaptation qui, jusqu'à maintenant, sont entièrement administrés au niveau de l'agence. Alors là, il y a un degré d'autonomie, une véritable décentralisation qui, effectivement, permet d'atteindre cet objectif de rapprocher les services de la population.

Mais je voudrais également vous remercier d'avoir participé aux débats puis d'avoir fait une contribution, une proposition. Sans m'engager ici à ce qu'elle soit acceptée, je pense que le fait de l'avoir faite vous rend honneur, a montré que vous vous êtes impliqués dans votre région, puis je vous en remercie.

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

M. Picard: Merci, M. le Président. Je tiens à préciser que, lorsque j'emploie le terme «bureaucrate», pour moi, ce n'est pas péjoratif. J'ai été dans la fonction publique pendant 25 ans, et donc j'ai travaillé dans l'administration publique. Là, maintenant, je travaille au niveau de la députation, mais nullement mes propos ne visaient ça. Mais c'est vrai que des fois les gens l'emploient différemment.

Toujours sur le même sujet, sur le fameux réseau du Littoral, il a été dit, à la consultation populaire de Sainte-Marie, que l'administration du réseau local va être confiée à l'Hôtel-Dieu de Lévis. La question est de savoir: Comment se fait-il que les autres réseaux locaux administrent leurs budgets et que celui du Littoral va être administré par l'Hôtel-Dieu de Lévis? Ça, ça a été dit par M. Tanguay lors de la séance d'information.

M. Couillard: Écoutez, là, évidemment, je vérifierai les détails de ce qui vient d'être dit, mais ce n'est pas du tout la façon dont on entrevoit ça. Le réseau local va administrer ses ressources. De ce que j'ai vu de la proposition de Chaudière-Appalaches, l'Hôtel-Dieu de Lévis était exclu du réseau local, qui était un hôpital régional qui avait des contrats d'affiliation, de sorte qu'il n'est pas question ici que ce soit l'Hôtel-Dieu de Lévis qui administre le réseau local du Littoral. Il va être un partenaire très important cependant, là, on va être d'accord là-dessus, c'est le gros pôle régional de la région, et il est certainement acquis que cette institution va avoir un rôle très important, aura à signer des ententes de services, des ententes sur les corridors de services, d'accès aux services avec l'ensemble des réseaux locaux. Ce sera fait, là, mais le concept, c'est que le réseau local administre de façon autonome et décentralisée ses enveloppes dans les différents programmes et services, mais avec des cibles de résultat et des indicateurs qui sont fixés au niveau ministériel de façon à ce qu'on ait une reddition de comptes sur les résultats beaucoup plus que sur les moyens pris pour arriver aux résultats. Et ça, c'est l'essence même de la décentralisation administrative.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Picard: C'est parce qu'il y a une particularité pour l'Hôtel-Dieu de Lévis, c'est qu'on dit «le réseau local du Littoral, incluant l'Hôtel-Dieu de Lévis, dont l'instance comprendra les autres établissements». C'est une particularité, là, c'est assez, je dois dire, complexe — je vais prendre un bon terme — complexe comme proposition.

Ventilation de la variation des effectifs médicaux

Dans un autre ordre d'idées, tantôt vous avez parlé des cohortes de médecins, de 406 médecins qui vont arriver année après année. Vous avez parlé des départs, mais vous n'avez pas quantifié le nombre. C'est juste pour pouvoir imaginer, là, c'est quoi, l'arrivée, les départs. Est-ce que vous pourriez préciser là-dessus, s'il vous plaît?

M. Couillard: Je ne voudrais pas faire d'erreur de chiffres, là. Il y a un pourcentage qu'on pourra vous obtenir, M. le député, plus tard, là. Il y a un pourcentage prévu de départs naturels, entre guillemets, et ce pourcentage est basé sur quoi? Sur les expériences des années précédentes, de sorte que c'est toujours sujet à erreur, c'est-à-dire que ce n'est pas parce que, l'an dernier ou il y a deux, trois ans, il y a tant de médecins qui ont quitté qu'il y en a, cette année, le même nombre qui vont quitter, hein? Il faut être prudent. Il y a un pourcentage de la main-d'oeuvre médicale qui est l'attrition naturelle, que j'ai déjà su, il y a quelques jours ou quelques semaines, mais là qui m'échappe; on va le retrouver puis on vous le fera parvenir. C'est effectivement un renseignement important à connaître.

M. Picard: Merci, M. le Président, j'ai terminé.

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

M. Couillard: Pour compléter, peut-être un rapport un à un.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Oui, je profite de l'occasion d'autoriser le dépôt du programme sur le Symposium de l'utilisation optimale du médicament au Centre des congrès du Québec, 20 et 21 mai.

Octroi du statut d'observateur lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament (suite)

Évidemment, M. le ministre, vous avez fait référence à la participation possible de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, du député soit des Chutes-de-la-Chaudière. Je vous demande tout bonnement, si jamais n'importe quel membre de la Commission des affaires sociales voulait assister au symposium, si on pouvait s'inscrire comme observateur. Je pense que ce serait plus équitable.

M. Couillard: Vos paroles ont devancé les miennes, M. le Président, là. Il est bien certain que nous accueillerons favorablement une représentation également, comme observateurs, de membres de la Commission des affaires sociales. Rappelons qu'il ne s'agit pas d'une activité politique, mais d'un forum d'experts.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, j'ai d'autres engagements. Je vous signale que je ne peux pas être présent, mais on verra s'il y en a d'autres députés qui désirent l'être. Mme la députée de Soulanges.

Mme Charlebois: Merci, M. le Président.

Mme Harel: Pardon, M. le Président, on est dans quel bloc, là, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Bien, on vient de terminer un bloc de 17 minutes à ma gauche.

Mme Harel: Ce n'est pas vrai! Vous voulez dire, là, que depuis le début de nos travaux à 9 h 30, il est 11 heures, l'opposition officielle aurait eu 20 minutes?

Le Président (M. Copeman): Non, parce que le premier bloc, Mme la députée, a dépassé 20 par 12, alors c'étaient 32 minutes à date.

Mme Harel: On aurait donc eu le tiers du temps, incluant les réponses du ministre.

Le Président (M. Copeman): Bien, vous pouvez faire le calcul comme vous voulez, Mme la députée. On a commencé avec un bloc à ma gauche qui a duré 32 minutes.

Mme Harel: ...commencer par l'opposition, parce que c'est l'étude des crédits qu'on doit voter avec le contrôle parlementaire nécessaire en démocratie. Alors, ce n'est pas votre choix de commencer par l'opposition à votre gauche, là.

Le Président (M. Copeman): Je n'ai pas dit que c'était mon choix, Mme la députée, j'ai indiqué que nous avons commencé à ma gauche. Je ne pense pas que le mot «choix» ait passé mes lèvres. J'ai dit que simplement on avait commencé à gauche. Je suis allé à droite avec le député de Robert-Baldwin. Je suis allé à gauche, à ma gauche, pour le député des Chutes-de-la-Chaudière. Alors, je retourne à Mme la députée de Soulanges.

Mme Harel: Incroyable! La première fois, là... Je suis dans le Parlement depuis 23 ans, c'est la première fois que je vois si peu de temps qui est dévolu à l'opposition officielle.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, si vous avez une proposition à faire, une critique à faire, un appel au règlement à faire, si vous voulez...

Question de règlement concernant la répartition du temps de parole lors de l'étude des crédits

Mme Harel: Oui, je voudrais que vous me reconnaissiez, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Bien, j'ai déjà reconnu la députée de Soulanges. La reconnaissance, je l'ai faite, et on va poursuivre l'échange avec la députée de Soulanges puis, par la suite, je vais reconnaître un autre intervenant.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je conteste cette façon de faire. Quand nous avons fait nos travaux lundi, vous avez mentionné que le bloc du député indépendant allait être dans le bloc de l'opposition officielle. Là, vous transformez ça en un bloc avec lequel vous faites l'alternance avec les ministériels.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, est-ce que vous faites un appel au règlement ou un commentaire?

Mme Harel: Je fais un appel au règlement. Je voudrais que vous me reconnaissiez, M. le Président.

Décision de la présidence

Le Président (M. Copeman): Oui, je vous ai déjà dit que j'ai déjà reconnu la députée de Soulanges. Avec votre grande expérience parlementaire, comme ancienne présidente de la Chambre et de l'Assemblée nationale, vous savez qu'une fois que le président, soit d'une commission ou de l'Assemblée nationale, reconnaît un député, il a le devoir ou elle a le devoir de permettre à ce député ou cette députée d'intervenir.

● (11 heures) ●

Je vous rappelle les décisions antérieures. 284/1, une décision rendue le 12 avril 1984 par l'ex-député de Bellechasse, je cite la décision: «La tradition parlementaire reconnaît le principe de l'alternance entre ceux qui sont pour et ceux qui sont contre, mais ce principe ne s'applique pas nécessairement en toutes circonstances, et le choix d'accorder la parole à tel ou tel député

relève de l'entière discrétion du président, qui devra néanmoins distribuer les droits de parole en toute équité.» Une décision rendue par...

Mme Harel: ...M. le Président, là. Je vous demanderais, là, de peut-être prendre ça en délibéré parce que, si on veut que nos travaux se réalisent sur les contenus, je préférerais qu'on continue. Alors, faites ce que bon vous semble, là, mais je le dis: c'est inéquitable.

Le Président (M. Copeman): Bien, c'est une opinion, Mme la députée, vous avez droit à votre opinion. Je ne vois pas de nécessité de prendre quoi que ce soit en délibéré pour l'instant et je poursuis nos travaux. Je reconnais la députée de Soulanges.

Régie de l'assurance maladie du Québec

Discussion générale (suite)

Objectifs et échéancier de la politique du médicament

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Permettez-moi de rappeler aux membres de cette commission ou plutôt de signifier qu'en tant que nouvelle députée je veux parler de la politique du médicament et je suis surprise que rien n'a été fait par l'ancien gouvernement par le passé, étant donné que c'est un sujet qui est fort intéressant et il nécessaire d'arriver à une politique du médicament profitable. Alors, je suis heureuse évidemment que notre gouvernement se penche dès le début de notre mandat là-dessus. Et pourriez-vous me dire... M. le Président, j'aimerais que M. le ministre nous dise quels sont les grands principes qui vont nous guider dans l'établissement d'une politique du médicament.

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

M. Couillard: Je vais être obligé de me confondre en excuses parce qu'on me présentait un document, là. Vous pourriez peut-être reprendre, Mme la députée, la fin de votre question.

Mme Charlebois: Ce que je voulais savoir, c'est quels seront les grands principes qui vont nous guider dans l'établissement d'une politique du médicament.

M. Couillard: Alors, les principes sont les suivants. D'abord, l'accessibilité aux médicaments basée sur le fait que le médicament fait partie du système de santé, alors qu'historiquement il a été considéré à part du système de santé, qui est une partie maintenant du continuum de traitement et une option qui souvent, par exemple, peut remplacer une chirurgie. Alors, on veut maintenir l'accessibilité, puis il faut dire que le régime général d'assurance médicaments donne, au Canada, de loin la plus grande accessibilité aux médicaments aux citoyens à des coûts cependant, on le voit maintenant, considérables, qui sont probablement au-delà de la capacité de payer des Québécois dans l'état actuel des choses. En termes de croissance annuelle, si on prend une croissance annuelle de coût de 12 % et qu'on la rapporte à

quatre ans, on parle d'une augmentation de 50 %. Je ne connais pas un gouvernement au monde qui peut soutenir un programme qui augmente à cette vitesse-là.

Alors, il faut maintenir l'accessibilité et également faire d'autres actions qui nous permettent de contrôler l'augmentation des coûts dont, parmi celles-ci, la fixation équitable des prix. Alors, il y a le comité tripartite sur les prix, formé de représentants du ministère, de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du Conseil du médicament, qui doit donner son rapport vers le mois de septembre, qui va parler de la façon d'établir les prix des médicaments et d'autres sujets tels que, par exemple, la marge bénéficiaire des grossistes, qui, comme vous le savez, a également été soulevée au cours des dernières années comme contentieux.

Autre principe, troisième, celui de l'utilisation optimale des médicaments. Je pense qu'on en a discuté très bien précédemment. Il s'agit de définir le concept et d'en appliquer l'existence dans notre régime de façon concrète, et je crois qu'avec le symposium on aura déjà là des bonnes pistes de solution.

Et le quatrième principe, qui est en fait le symbole de l'arbitrage de tous les gouvernements successifs dans ce domaine extrêmement important, qui est l'arbitrage suivant: c'est que, d'une part, on veut payer les médicaments pour notre population et leur donner l'accès le plus large possible, et, d'autre part, on reconnaît la contribution essentielle de l'industrie pharmaceutique, surtout celle d'innovation, en termes d'activité de haut niveau, en termes de création d'emplois, en termes de retombées économiques pour le Québec. Donc, tous les gouvernements successifs font face au même dilemme qui est l'arbitrage entre le soutien à cette industrie que nous sommes très heureux d'avoir chez nous et que nous voulons voir rester chez nous et voir se développer chez nous, et, d'autre part, le maintien de l'accessibilité et du contrôle de l'augmentation des coûts du régime d'assurance médicaments.

Alors, voici l'essentiel des axes que nous poursuivons, des principes que nous poursuivons.

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

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Est-ce que vous pourriez nous parler davantage de l'échéancier que nous proposons d'entretenir alentour de la politique du médicament?

M. Couillard: Alors, M. le Président, l'échéancier que nous entrevoyons actuellement: donc, Symposium sur l'utilisation optimale, 20-21 mai; dépôt du rapport du comité tripartite, septembre 2004, au plus tard début octobre; pendant l'été, réflexion approfondie sur notre régime général d'assurance médicaments, sur les concepts d'utilisation optimale que nous aurons dégagés lors du symposium pour dépôt de ce que j'appellerais un document de consultation — je ne sais pas si on emploie actuellement toujours les termes «livre blanc» ou «jaune» ou «vert», là, ça m'a toujours, moi, comme citoyen, un peu confondu, ces couleurs-là — mais disons dépôt d'un document de consultation à la fin de l'automne, octobre-novembre, puis, par la suite, large consultation publique de tous les groupes, consultation générale en commission parlementaire, qui va prendre le temps qu'elle prendra,

un peu à l'image de ce qui s'est fait pour le financement des universités où, comme vous le savez, il y a eu une commission parlementaire très exhaustive. Fin de la commission parlementaire, réflexion, dépôt donc de la politique du médicament, qui va avoir une composante réglementaire et, possiblement, également une composante législative, à la session du printemps 2005. Alors, c'est l'échéancier qu'on entrevoit et qu'on a également communiqué à nos différents partenaires, incluant l'industrie pharmaceutique.

Mme Charlebois: Merci. Vous avez parlé, un petit peu plus tôt, même que je pense que vous en avez parlé aussi la première journée de l'étude des crédits, que l'enveloppe de l'assurance maladie augmentait de façon accélérée au cours des dernières années et que notre régime d'assurance médicaments demandait une attention particulière pour qu'on fasse en sorte de s'assurer de sa viabilité.

Est-ce que vous avez pu identifier des facteurs ou des zones fragiles...

Mme Harel: M. le Président.

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

Mme Harel: M. le Président, j'ai une question de règlement.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Question de règlement concernant les réponses du ministre à des questions particulières

Mme Harel: Nous avons transmis des questions particulières au ministère et au ministre de la Santé et des Services sociaux, les mêmes questions que pose Mme la députée de Soulanges. Vous retrouvez ces questions aux pages 143 et 336, et on nous a répondu: Cette question ne semble pas pertinente à l'exercice de l'étude des crédits.

Alors, la question, c'était la suivante: Actions posées, crédits engagés, échéanciers, état et suivi des recommandations des différents comités — médicaments, entre autres — mis en place par le ministre de la Santé et des Services sociaux. La réponse: Cette question ne semble pas pertinente à l'exercice de l'étude des crédits.

Question n° 96: État d'avancement des travaux du comité tripartite sur les médicaments. Réponse: Cette question ne semble pas pertinente à l'étude des crédits.

Alors, M. le Président, là, je dois vous dire que la moutarde me monte au nez. Nous n'avons pas eu des réponses aux questions particulières posées par l'opposition, et là un jeu entre les ministériels fait en sorte qu'une députée de cette commission pose des questions au ministre qui, lui, les trouve assez pertinentes pour y répondre. Il y a un bout à tout, M. le Président!

Décision de la présidence

Le Président (M. Copeman): Bon. Je vais... je vais répondre à cet appel au règlement. Dans un premier

temps... Et je cherche la décision; je crois que c'est 282/1, la demande de renseignements, une décision rendue par l'ex-député de Bellechasse le 7 mai 1998. L'appel au règlement était vraisemblable, similaire à celui fait par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Un député de l'opposition, à ce moment-là, se plaignait du fait que, dans les demandes particulières soumises au gouvernement, on n'avait pas obtenu réponse, et un appel au règlement a été fait pour exiger la réponse.

La décision rendue est très claire. Le président d'une commission ne peut donc ni interpréter une entente... parce que la transmission des cahiers des questions particulières et questions générales découle d'une entente entre les leaders... ne fait aucune référence... on n'a aucune référence dans notre règlement quant à l'obligation de transmettre ces cahiers-là ni le contenu des cahiers, hein? Alors, la transmission de ces informations-là découle d'une entente entre les leaders.

Et je vous cite la décision: «Du fait qu'elle découle d'une entente entre les leaders, la transmission des documents préparatoires à l'étude des crédits s'effectue en dehors du cadre des délibérations des commissions parlementaires et ne fait pas partie de la procédure et des usages parlementaires, tels que reconnus par la jurisprudence. On ne peut donc l'associer à un précédent ou à un usage de l'Assemblée au sens de l'article 180 du règlement.

«Le président de la commission ne peut donc ni interpréter cette entente ni intervenir pour qu'elle soit respectée...»

D'ailleurs, «par analogie avec la période des questions et réponses orales à l'Assemblée, il importe de rappeler qu'aucun rappel au règlement ne peut être fondé sur l'opinion que la réponse à une question posée est insatisfaisante».

● (11 h 10) ●

Si votre appel au règlement est fondé sur la question de pertinence, vous le savez fort bien, Mme la députée, vous le savez fort bien, Mme la députée, que, lors de l'étude des crédits, la question de la pertinence doit être interprétée dans une façon très large afin de permettre une discussion générale sur les crédits relevant d'un ministre en particulier. Alors, la question est posée par la députée de Soulanges, et on va poursuivre l'échange.

Mme Harel: M. le Président, je vous sou mets très respectueusement que ce que vous m'avez cité ne convient pas à ce que j'ai soulevé. Je ne me plains pas d'une réponse insatisfaisante, je me plains que nous n'avons pas eu de réponse au motif que ce n'était pas pertinent de poser la question. Ce n'était pas pertinent quand c'était l'opposition officielle, ça devient pertinent quand c'est un député ministériel. C'est ça qui n'a pas de bon sens, M. le Président.

Alors, ceci étant dit, poursuivons parce que, au bout de la ligne, il n'y en aura plus, de contrôle parlementaire des dépenses du ministère.

Le Président (M. Copeman): L'exercice qu'on fait, Mme la députée, comme vous le savez bien, est en effet un exercice de contrôle qui s'effectue par tous les membres de la commission et tous les députés de l'Assemblée nationale. L'exercice de contrôle budgétaire ne se limite pas à l'opposition, ne se limite pas aux

députés indépendants. Les mêmes règles s'appliquent à tous les parlementaires, indépendamment d'où ils siègent autour de la table et indépendamment de n'importe quelle adhésion à une formation politique. Alors, la députée de Soulanges a le droit de poser une question, et on va poursuivre. Allez-y, Mme la députée de Soulanges.

Régie de l'assurance maladie du Québec

Discussion générale (suite)

Mesures visant à limiter la hausse appréhendée des coûts du régime d'assurance médicaments

Mme Charlebois: Alors, ce que je voulais savoir, c'est si vous aviez identifié des facteurs ou des zones fragiles dans le régime et comment vous entendez remédier à la croissance des coûts.

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

M. Couillard: Oui, M. le Président. Les croissances successives de coûts du régime, qui d'ailleurs traversent les gouvernements ou les partis politiques au pouvoir, proviennent de plusieurs facteurs: il y a les facteurs liés au régime dans son ensemble, la façon dont il est constitué, puis il y a des facteurs liés à la consommation des médicaments. Alors, il y a, par exemple, dans les facteurs qui expliquent, le nombre de participants qui augmente mais qui également, vu leur contribution, permet d'absorber une partie des coûts. Il y a le nombre moyen d'ordonnances par participant qui a augmenté au Québec de 6,6 %, donc les gens ont de plus en plus... en 2003-2004, 6,92 %. Vous voyez? Chaque patient a de plus en plus d'ordonnances par personne, et le coût brut moyen, cependant, lui, reste à peu près identique. Donc, c'est une question de volume, essentiellement, et également du coût de certains médicaments d'innovation, mais ce n'est pas ça qui est le facteur principal. Et le facteur systémique de notre régime, c'est que nous y mêlons — comme le comité, d'ailleurs, je pense, le comité Montmarquette avait reconnu il y a quelque temps — nous y mêlons la version ou la vocation d'assistance avec la vocation d'assurance. Et ça, c'est un élément important. Devrait-on songer à rescinder les deux d'une façon quelconque ou les garder sous le même toit, comme c'est le cas actuellement? Alors, l'ensemble de ces facteurs-là agit sur la croissance des coûts.

Et il y a un autre élément — et ça, je n'ai pas la statistique pour le Québec, mais on pourrait probablement l'obtenir. Encore une fois, lors de notre voyage récent en France, on m'indiquait que, dans les Pays-Bas, donc, une visite chez le médecin se conclut par une ordonnance dans 30 % des cas; en France, une visite chez le médecin — et il faut savoir que la France est le plus grand consommateur de médicaments au monde — une visite chez le médecin se conclut par une ordonnance dans 90 % des cas. Alors, quelle est la situation au Québec? Évidemment, ce serait un renseignement intéressant à obtenir. Je soupçonne que nous sommes plus près du côté français que du côté néerlandais, mais ça, c'est une intuition, parce que, effectivement, il y a un aspect de perception qui vient... que pour certains citoyens, si

une visite chez le médecin ne se conclut pas par une prescription et un voyage à la pharmacie, c'est une visite qui n'a pas été pleinement satisfaisante. Et là il y a également un problème de perception à corriger.

Par exemple, dans le cas d'une grippe. Une grippe, ça ne se guérit pas par les antibiotiques, ça ne change rien. Une grippe, qu'on donne des antibiotiques ou pas, la grippe, elle va durer le même nombre de jours. Mais il y a des gens qui vont insister, insister, insister, même parfois consulter plusieurs médecins jusqu'à ce qu'ils aient obtenu la fameuse prescription d'antibiotiques qui va les guérir miraculeusement. Effectivement, deux jours plus tard, ils sont guéris de la grippe, mais ils auraient été guéris pareil s'ils n'avaient pas pris des antibiotiques.

Alors, il y a un ensemble de phénomènes, vous voyez, qui s'ajoutent: l'utilisation optimale, il faut que les personnes elles-mêmes, les citoyens soient conscients du problème. Et ça, c'est une tâche que, comme parlementaires, on doit se fixer parce que, comme dans le système de santé, les médicaments, la façon dont on fonctionne fait que les gens ont un peu l'illusion d'une gratuité partielle, quoique, les contributions augmentant, cette illusion devient de plus en plus ténue, là, mais des gens ont encore l'impression et ils n'ont pas la pleine connaissance des coûts réels de ce qu'ils ont. Et ça, c'est très important également comme acte d'éducation auprès du public. Il faudrait éventuellement que non seulement le médecin, par l'éducation qui lui est destinée, mais le patient également, qui va chez le médecin pour un problème de santé, exprime son inquiétude ou, disons, sa préoccupation pour l'aspect du coût du traitement qui lui est proposé, compte tenu bien sûr que la première priorité, c'est l'efficacité thérapeutique. Mais poser une question, par exemple, aux médecins comme celle-ci: Docteur, vous me prescrivez un médicament pour tel problème, est-ce que je pourrais avoir le même bénéfice avec un médicament moins coûteux? Et là il y a un acte de responsabilisation collective qui, je pense, se doit d'être expliqué.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Charlebois: Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette, je présume.

Part supportée par le gouvernement dans la hausse des coûts du régime d'assurance médicaments

Mme Harel: Bon, alors après une heure, n'est-ce pas, je reviens aux questions notamment de la prime, n'est-ce pas? Le ministre, ce matin, déclarait dans les journaux, et je le cite — s'il a été mal cité, il nous le dira: «Nous devons combler la différence entre, en fait, la part du 200 millions, là, d'augmentation qui est épongée par la progression du nombre d'adhérents.» Alors, quel est cet écart? Nous devons combler la différence. Quelle est cette différence à combler?

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

M. Couillard: Alors, ce que j'ai expliqué clairement, c'est que les contraintes législatives sont assez fortes

dans la façon de calculer les contributions qui sont de deux types. Les contributions des usagers sont de deux types: Les contributions au comptoir de la pharmacie sous forme de franchise et de coassurance, d'une part, et les contributions basées sur le revenu, sous forme d'une prime annuelle. Et ce qu'on nous dit, c'est que, pour ce qui est des prélèvements au niveau du comptoir de la pharmacie, on doit respecter le pourcentage ou la répartition entre 75 % du coût qui est supporté par l'État, et ça, c'est important que la population le sache, là, 75 % du coût supporté par l'État, et 25 % par les adhérents.

Pour ce qui est de la prime, l'article de la loi est le suivant... du règlement, pardon, du règlement qui suit la loi: «Le montant de la prime annuelle est ajusté le 1er juillet, sur la base de l'expérience des mois d'avril à mars de l'année financière qui précède, en tenant compte de l'accroissement des coûts du régime pour les personnes visées au paragraphe 4...», en fait les adhérents au régime. Donc, on doit regarder les coûts du régime et appliquer l'augmentation de la prime qui permet de combler ces coûts-là, tout en sachant qu'une partie de l'augmentation des coûts est comblée par l'augmentation du nombre de personnes qui cotisent au régime.

Donc, on n'a pas complété ces calculs-là encore, c'est pour le 1er juillet que la décision doit être prise, mais c'est comme ça que la mécanique se fait, c'est-à-dire que supposons qu'on dit que les coûts du régime ont augmenté de 12 %, ça ne veut pas dire que la prime doit augmenter de 12 %. Il faut calculer quelle partie de l'augmentation a été absorbée par l'augmentation du nombre d'adhérents, l'augmentation des cotisations, et là faire le calcul différentiel et l'appliquer sur la prime. Et essentiellement c'est des calculs qui se poursuivent actuellement.

Mme Harel: Alors donc, sur le 200 millions d'écart, ce que vous nous dites, c'est que ce 200 millions d'écart... C'est donc 200 millions? Vous confirmez que c'est 200 millions d'écart?

M. Couillard: Oui, l'augmentation des coûts est d'environ... des coûts bruts, là, est d'environ 200 millions de dollars.

Mme Harel: 200 millions d'écart. Et la partie qui sera assumée par l'augmentation du nombre d'adhérents est à quel niveau?

M. Couillard: Bien, je ne suis pas sûr qu'on a terminé cette analyse-là. On pourrait donner un aperçu cependant, là. On a...

(Consultation)

M. Couillard: Écoutez, on n'a pas terminé les calculs ici, là. Encore une fois, je rappelle que la décision doit être rendue pour le 1er juillet, mais on peut probablement prévoir des augmentations qui sont inférieures à 8 %, là, certainement. Ce n'est pas la pleine augmentation du régime qui doit être supportée par les primes. Mais ça, ça ne change rien à l'essentiel du problème. L'essentiel du problème est le suivant: c'est que le régime, au total, augmente de coût de façon importante et il faut trouver le moyen de limiter la

croissance de ces coûts. Et c'est clair que la façon dont on répond aux augmentations de coûts par les contributions des usagers est fortement encadrée par la loi et les règlements qui ont suivi.

Stratégie de financement du dépassement estimé pour la rémunération des médecins

Mme Harel: Qui sont sous votre autorité maintenant, évidemment. Alors, j'aimerais, M. le Président, que l'on examine la question relative à la rémunération des médecins. Nous retrouvons dans le cahier des questions et réponses particulières, aux pages 146 et 147, le coût global de la rémunération des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes. Et on comprend que, pour les médecins omnipraticiens, il s'agit d'un coût global de 1 167 000 000 \$, et que, pour les médecins spécialistes, il s'agit d'un coût global de 1 765 000 000 \$. Et on nous indique un dépassement estimé pour les médecins omnipraticiens de 22 millions, pour les médecins spécialistes, 27 millions, donc un total de 50 millions de dépassement estimé. Ce 50 millions, quel est le plan, disons, de financement de ce dépassement estimé de près de 50 millions?

● (11 h 20) ●

M. Couillard: Alors, c'est la même chose que dans toutes les années passées, lorsqu'il y a un dépassement de ce qu'on appelle l'objectif tarifaire, c'est-à-dire l'objectif de facturation des médecins, normalement il doit être récupéré sur les années suivantes ou à même les masses de la FMSQ. Cependant, en pratique, ça fait toujours l'objet de négociations à l'occasion du renouvellement des ententes et, souvent, c'est absorbé à titre de reconnaissance de l'augmentation de productivité clinique.

État des négociations avec la Fédération des médecins spécialistes et la Fédération des médecins omnipraticiens

Mme Harel: L'entente signée avec la Fédération des médecins spécialistes et des médecins omnipraticiens est échue depuis le 31 mars. Les négociations, quel est le suivi des négociations? Et le comité mis en place pour comparer l'état de la rémunération québécoise et de celle des médecins des autres provinces, a-t-il terminé ses travaux? À une des questions que nous avons posées, on nous a dit que ce n'était pas pertinent, j'espère que le ministre acceptera cette fois-ci de répondre à ma question.

M. Couillard: Ici, M. le Président, je vais être extrêmement prudent dans ma réponse, là, je suis certain que Mme la députée, qui a déjà été au gouvernement, comprendra que ce n'est pas autour de cette table qu'on va entreprendre la négociation avec les fédérations médicales ni donner des éléments de nos positions de négociation. Je dirais cependant que le travail de ce comité se poursuit, en lien avec nos partenaires de la Fédération des médecins spécialistes, et que les travaux progressent bien.

Mme Harel: Alors, quand prévoyez-vous qu'un rapport préliminaire ou final, là, soit public, là?

M. Couillard: On n'a pas donné d'échéance précise. On sait que les travaux fonctionnent, progressent bien, et c'est tout ce que j'ai à dire là-dessus.

Mme Harel: Alors, c'est l'éternité qui est l'échéance finale?

M. Couillard: Soyons raisonnables, là, l'éternité! Qu'est-ce que l'éternité, d'ailleurs? Voilà ce qui nous amène dans un abîme insondable de réflexion.

Mais je dirais que prochainement les travaux devraient être terminés, mais je ne donnerai pas ici, Mme la députée, d'échéance quant à la fin de ces travaux.

Mme Harel: Bon, prochainement, ça signifie avant l'été, après l'été, dans un an?

M. Couillard: Tout est relatif.

Augmentation du nombre d'admissions en médecine (suite)

Mme Harel: Alors, vous n'avez pas de réponse à cette question-là. Alors, vous disiez, M. le ministre... M. le Président, le ministre disait un peu plus tôt qu'il y a deux médecins au Québec par 1 000 habitants. Nous comparions au cours des 15 dernières années, et cela correspond à peu près au ratio de deux médecins par 1 000 habitants depuis plus qu'une décennie maintenant. C'est donc dire que la pénurie de médecins n'est pas due au ratio de deux médecins pour 1 000 habitants, puisqu'elle est la même depuis bien longtemps. Mais, notamment, ce sont là des données qui ont été transmises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cependant, il y a effectivement des changements extrêmement importants, entre autres la féminisation de la profession. On m'indiquait que, dans toutes les facultés de médecine, cette année, les admissions sont féminines à 80 %. Alors, cette féminisation doit prendre en compte évidemment les congés de maternité, doit prendre en compte la spécificité, souvent, de la réalité des grossesses et de la maternité.

Alors, le ministre a été questionné par le député de Robert-Baldwin et n'a pas vraiment confirmé, dans le mémoire au Conseil des ministres que lui-même et son collègue de l'Éducation ont signé en date du 12 août 2003, si l'objectif de 150 nouvelles admissions d'ici les cinq prochaines années est bien l'objectif recherché. Je signale que l'engagement d'il y a un an était à l'effet donc d'ajouter au réseau 750 étudiants en médecine sur les cinq prochaines années. Dois-je comprendre que 750 est devenu 150, d'une part? Et doit-on comprendre également que, pour l'admission dans les facultés de médecine de 2004-2005, en septembre prochain, le nombre d'inscriptions sera de 666? Quel sera donc le nombre d'inscriptions pour l'an prochain, c'est-à-dire plutôt pour septembre cette année?

Contribution du gouvernement aux frais de scolarité et de logement d'étudiants étrangers en médecine

D'autre part, le journal la *Gazette* faisait état d'une promesse électorale oubliée et en fait non tenue, qui était

celle de l'actuel premier ministre, de consacrer 50 millions de dollars pour fournir les frais de scolarité et les frais de logement à 100 étudiants étrangers. Alors, on nous rapporte que, pour la première année du mandat du gouvernement, il y a eu au total neuf médecins étrangers de plus qu'au cours des années précédentes. Alors, le ministre peut-il nous indiquer si le 4 millions de dollars, qui est investi au programme de recrutement des médecins étrangers, est conforme à l'engagement du premier ministre l'an dernier d'y consacrer 50 millions pour fournir en fait les frais de scolarité à 100 étudiants en facultés de médecine, 100 étudiants étrangers?

Alors, toujours sur la question des rémunérations de médecins, j'aimerais bien aussi qu'on explique la composante technique, on la retrouve dans le cahier à la page 149. De quoi s'agit-il exactement? Quand on parle de composante technique, on nous dit que, dans la rémunération des médecins spécialistes, il y a 35 % des revenus en cabinet privé, sauf évidemment pour la radiologie où ce pourcentage est à 70 % des revenus qui sont des frais de cabinet. Alors, qu'est-ce que ça comprend, ces frais de cabinet, pour les médecins spécialistes en cabinet privé? Qu'est-ce que ça comprend pour les médecins omnipraticiens, c'est à la hauteur de 30 %, ces frais de cabinet qu'on ajoute à la rémunération?

Augmentation du nombre d'admissions en médecine (suite)

M. Couillard: Bien, encore une fois, il y a plusieurs éléments dans la question ici, M. le Président. D'abord, pour le nombre d'étudiants, effectivement cet engagement sera rempli, puisqu'il s'agit d'une mécanique très simple, et je suppose que c'est volontairement que notre consœur n'a pas bien interprété les chiffres, là. Si on prend 150... et je suppose que c'est volontairement que les chiffres n'ont pas été interprétés parce que c'est tellement simple.

Mme Harel: M. le Président, je regrette, là, mais ici on ne peut pas présumer de rien. Alors, il ne peut pas présumer de ça non plus.

M. Couillard: Je ne présume pas, mais je suppose.

Mme Harel: Mais supposer pour présumer...

M. Couillard: Je suppose.

Mme Harel: C'est pareil, supputer, présumer. Vous pouvez sortir tout votre vocabulaire. Mais l'arrogance, M. le Président, l'arrogance du ministre, là, c'est suffisant, là.

Le Président (M. Copeman): Je suppose que c'était un appel au règlement.

M. Couillard: On souhaite que ce n'était pas volontaire.

Le Président (M. Copeman): La députée a bien raison de faire un appel au règlement à ce moment-ci. On ne peut pas présumer — ou tous ses synonymes —

ou imputer des motifs à un député. Alors, si vous voulez bien poursuivre, M. le ministre, en respectant en tout temps, comme gentleman que vous êtes, notre règlement.

M. Couillard: Bien, on souhaite que ce ne soit pas volontaire, M. le Président, certainement. Mais une mécanique, un calcul très simple — c'est pour ça que je suis surpris, là — montre que, si on se basait à seulement 150 étudiants de plus, compte tenu de la durée de la formation qui est de six à sept ans, qu'on ne fait qu'une simple multiplication, on va s'apercevoir qu'il y aura effectivement beaucoup plus de médecins en formation et que ça va largement au moins égaler sinon dépasser l'engagement de 750. Parce que 150 multiplié par 5 égale 750. C'est la raison pour laquelle je voulais clarifier ça. Il s'agit de cohortes qui se répètent année après année, qui s'ajoutent. On a dit 750 médecins en formation de plus, il y aura 750 médecins en formation de plus.

Contribution du gouvernement aux frais de scolarité et de logement d'étudiants étrangers en médecine (suite)

Maintenant, pour ce qui est des médecins étrangers, on a effectivement un succès impressionnant à rapporter de ce côté-là, d'une part à cause des médecins déjà chez nous, qui sont déjà chez nous, qu'on a accompagnés pour l'examen avec un taux de succès qui est augmenté à 50 %. D'autre part, la mise sur pied de l'unité Recrutement Santé Québec qui permet déjà l'inscription de 200 médecins qui ont manifesté leur intérêt pour venir s'établir chez nous. Et voici ce qui va nous aider considérablement mais de façon quand même relativement marginale parce que, compte tenu de la pénurie à laquelle on fait face, on ne peut pas s'attendre que cette mécanique permette de combler la pénurie.

• (11 h 30) •

Quant aux étudiants en médecine étrangers, leur admission provient du contingent particulier dans les admissions de chaque année en médecine. Leur admission est du ressort donc de l'évaluation des dossiers des facultés de médecine. Il y a relativement peu de places pour les étudiants étrangers parce qu'on a, de façon légitime, choisi de donner la priorité aux étudiants québécois pour l'admission dans les facultés de médecine, avec le maintien de quelques places pour les étudiants étrangers pour bien sûr parfaire ou faire leur formation dans des facultés de médecine qui chez nous ont parfois des renommées internationales.

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

Mme Harel: Oui, M. le Président. Je repose la question au ministre. Il y a eu 666 admissions dans les facultés de médecine au Québec, combien y en aura-t-il en septembre prochain?

M. Couillard: Alors, bien sûr c'est sous réserve de l'adoption du mémoire... du décret par le Conseil des ministres, mais on prévoit admettre 750 étudiants en septembre prochain.

Mme Harel: En septembre prochain. Alors, dans le mémoire au Conseil des ministres que vous signez avec votre collègue le ministre de l'Éducation, vous prévoyez augmenter le nombre d'admissions de 150 d'ici les cinq prochaines années. Donc, c'est 150 en cinq ans et non pas 150 par année. Si c'était le cas, vous seriez déjà à découvert et en déficit pour l'an passé, pour cette année avec les chiffres mêmes que vous venez de nous donner.

M. Couillard: Bien non, parce que effectivement, si on augmente... si on regarde l'effet cumulatif sur chaque cohorte des augmentations qu'on fait et qu'on multiplie par le nombre d'années de formation et par la durée de formation, par exemple, pour un médecin de famille, qui est de sept ans, l'engagement va être certainement atteint, je n'ai aucun doute là-dedans.

Mme Harel: Mais, M. le Président, je rappelle qu'un étudiant en faculté de médecine, il est admis une fois. Alors, vous prévoyez 750 admissions de plus sur cinq ans. Là, vous les comptez à chaque année, mais c'est toujours la même personne. Bon.

Portion de frais techniques dans les cabinets ajoutée à la rémunération des médecins

J'aimerais profiter de la présence du président de la régie pour avoir réponse aux questions que je posais notamment sur la composante technique. Je comprends que... Et c'est en réponse à une question de l'opposition sur les services médicaux qui sont assurés et ceux qui ne le sont pas. Bon, la composante technique dans les cliniques privées, qui fait l'équivalent de 30 % du revenu d'un omnipraticien ou de 35 % du revenu d'un spécialiste, c'est une composante technique qui... s'applique-t-elle aux équipements également?

M. Couillard: Alors, je vais débiter, puis je pourrai céder la parole à M. Roy par la suite. D'abord, on va terminer sur les cohortes d'étudiants en médecine. Ce n'est pas les mêmes, il y en a 150 de plus qui rentrent à chaque année puis qui cheminent.

Mme Harel: ...il n'y en a pas eu...

M. Couillard: Oui, mais c'est tellement simple que j'ai de la difficulté à comprendre pourquoi on ne s'entend pas là-dessus.

Mme Harel: Mais, vous-même, vous venez de dire qu'il n'y en a pas 150 cette année, qu'il n'y en avait pas 150 l'an passé.

M. Couillard: Mais l'effet combiné sur de nombreuses années va arriver à au moins 750 de plus en formation, c'est clair et mathématique.

Maintenant, pour ce qui est des frais techniques dans les cabinets — M. Roy pourra compléter — ils sont toujours établis en négociation lors des négociations et des ententes avec les fédérations médicales. Pour, en général, les cabinets privés, on parle de frais de 35 % qui visent à rencontrer les dépenses d'équipement et de personnel qui font que le coût des services en cabinet privé

est plus élevé qu'en établissement. Dans le cas de la radiologie, c'est plus élevé parce qu'on requiert bien sûr des équipements dont l'amortissement est beaucoup plus coûteux en termes d'investissements, là, de la part des partenaires des cliniques radiologiques. Mais M. Roy pourra compléter, là, au besoin.

Mme Harel: Alors, de l'équipement, peut-il s'agir, par exemple, d'équipement en résonance magnétique ou en échographie?

M. Couillard: Alors, c'est uniquement pour les appareils dont la rémunération du radiologiste est couverte en cabinet. Pour la résonance magnétique, la rémunération n'est pas couverte en cabinet. Donc, c'est pour des appareils beaucoup plus simples que... pour les appareils d'ultrasons, par exemple, ou de radiographie simples, habituels, là.

Mme Harel: Alors, ce qui n'est pas couvert en cabinet est...

M. Couillard: N'est pas pris en compte dans le calcul.

Mme Harel: N'est pas pris en compte dans la rémunération et donc, à ce moment-là, payé directement par le patient.

M. Couillard: Bien, s'il s'agit de services non assurés, par définition c'est le cas, là. Ce n'est pas seulement le cas en radiologie, mais également dans beaucoup d'autres domaines.

Mme Harel: Par exemple, la résonance magnétique ou l'échographie?

M. Couillard: Elle est assurée en milieu hospitalier et elle n'est pas payée, en termes de rémunération, au spécialiste en cabinet, seulement s'il y a des ententes spécifiques entre les établissements et les cabinets privés. Mais, encore une fois, j'ai expliqué à plusieurs reprises au cours des dernières semaines, derniers jours, dans les médias, que loin de nous de vouloir retirer cette capacité au réseau de la santé actuel; nous voulons augmenter l'accessibilité dans nos établissements publics de façon à ce qu'il y ait de plus en plus d'appareils de résonance magnétique. Et on les multiplie en fait, ce qui fait que, plutôt que de réduire l'accessibilité à un groupe de personnes, on va augmenter l'accessibilité pour l'ensemble des citoyens au même niveau. Et on va encourager également ce qu'on a vu à Québec, ici, des ententes entre les établissements publics et ces cliniques privées pour la prise en charge d'une partie de liste d'attente, ce qu'on fera également pour les cliniques chirurgicales. J'ai hâte qu'on parle de ça.

Mme Harel: Alors, je comprends donc que, en clinique privée, lorsque l'examen d'échographie ou de résonance magnétique se fait en clinique privée, le patient doit payer.

M. Couillard: Non. On mélange, là. L'échographie, c'est un service qui est assuré et rémunéré en clinique.

Mme Harel: Alors, pourquoi est-ce qu'il y a autant d'examen en échographie qui sont... où on charge aux patients qui doivent les payer?

M. Couillard: Écoutez, il faudrait voir exactement quels sont les mécanismes. Puis il y a des services de type préventif, des services de type, si vous voulez, «check-up» ou évaluation de l'état de santé qui ne sont pas couverts par le régime de l'assurance maladie, ou des examens faits à la faveur, par exemple, de contrats d'assurance, ou autres choses comme ça. Ce n'est pas quelque chose qui est nouveau, là, ça a toujours été comme ça.

Mme Harel: Et la résonance magnétique également, c'est le patient qui doit le payer si c'est fait en cabinet privé?

M. Couillard: Ce n'est pas le patient qui doit le payer, ce n'est pas comme ça qu'on voit ça. Nous, on couvre le service en établissement. Puis, s'il y a des cliniques qui se dotent d'appareils de résonance magnétique dans le but, par exemple, d'avoir des contrats avec des organismes tels la SAAQ ou la CSST — c'est la majorité des cas — très bien, il n'y a pas d'objection à ça, et là ce n'est pas le patient qui paie non plus.

Mme Harel: Alors, je reviens donc, là... Vous voulez, vous aussi, parler des vraies affaires, alors donc l'imagerie par résonance magnétique, si elle est en centre hospitalier, elle est assurée; si elle est en clinique privée, le patient doit payer.

M. Couillard: C'est ça.

État d'avancement du dossier de la double facturation sur le traitement de la rétine

Mme Harel: Bon. Alors, où en est le dossier de la double facturation sur le traitement de la rétine? La Régie de l'assurance maladie a enquêté sur une pratique qui faisait que les patients devaient payer en clinique privée un traitement pour la rétine, et c'était un service assuré, ça, de l'État. C'est un service assuré. On sait la multiplication des problèmes de cataractes. Alors, pour être soigné en cabinet privé, je comprends que le patient ou la patiente devait se procurer un médicament en pharmacie qui coûte près de 1 800 \$ et déboursé 250 \$ par traitement. Et chaque cas nécessite entre quatre et six traitements, c'est-à-dire donc 1 000 \$ de traitement, et puis ce médicament, là, qui est nécessaire, là, par ce problème de la rétine.

M. Couillard: Alors, c'est un peu plus compliqué que ça, M. le Président. Je vais l'expliquer parce que c'est important, parce qu'il aura de plus en plus de ces médicaments dans le futur qui vont apparaître dans le système de santé. Le nom du médicament, c'est la Visudyne. C'est un médicament pour la dégénérescence rétinienne des personnes âgées qui, compte tenu du vieillissement de la population, devient de plus en plus répandue malheureusement. Il existe donc ce médicament qui permet de retarder ou parfois même de diminuer fortement la progression de la maladie.

Alors, au début du déploiement de cette technologie, c'était pris en charge dans les budgets d'opération des établissements. Il y a eu dans plusieurs cas des transferts de ce type de traitement en cabinet, ce qui fait que maintenant l'achat du médicament... Puis il faut corriger l'impression qui a été donnée, là, dans l'introduction de la question: le patient ne paie pas 1 800 \$ ou 2 000 \$ pour son médicament, là, le médicament est couvert par le régime général d'assurance médicaments. Et en général il s'agit du RGAM parce qu'il s'agit de gens de plus de 65 ans, donc qui ne sont pas sur un régime privé, donc régime qui est assorti aux limitations de contribution personnelle qu'on connaît bien. Et souvent il s'agit de personnes âgées qui prennent des médicaments pour d'autres problèmes tels que l'hypertension, le cholestérol, etc., qui de toute façon sont déjà rendues à leur contribution maximale, et ils n'ont pas donc un sou de plus à défrayer, eux, pour le médicament.

Ce qui est arrivé, c'est que, dans certains cabinets... Et là il faut remarquer que la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour enquêter sur la question, doit disposer d'une plainte, il doit y avoir une plainte d'un patient, et il y a eu, je crois, une ou deux plaintes sur le fait qu'on aurait chargé à un patient 250 \$ pour les gouttes ou la composante technique de cet acte qui n'était pas bien couvert en cabinet effectivement. Alors, je suis heureux de dire que les conversations cheminent très bien entre la Régie de l'assurance maladie, le ministère et les spécialistes en ophtalmologie pour qu'on prenne davantage en compte les coûts, là, de cet examen en cabinet et qu'ils soient défrayés par un code tarifaire approprié. Donc, ceci est en train d'être corrigé. Mais il faut également revenir sur le fait que je suis certain que ce n'était pas également volontaire, mais le patient n'a pas à payer le plein prix du médicament lorsqu'il l'achète en pharmacie, ça se fait sur la base du régime général d'assurance médicaments comme l'ensemble des médicaments qui y sont inscrits.

● (11 h 40) ●

Mme Harel: M. le Président, je comprends qu'il y a eu plainte à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et la difficulté, évidemment, la régie le sait parce qu'elle a travaillé, je crois, il y a quelque temps déjà sur la possibilité d'une modification à la loi pour qu'elle puisse se saisir de sa propre initiative de situations comme celle-là sans nécessiter une plainte d'un individu qui doit assumer par la suite... Et on comprend que ce sont des personnes qui doivent assumer la difficulté de continuer à être traitées tout en ayant porté plainte, hein? Ce sont des personnes qui risquent de perdre la vue, je pense, hein? Ce sont des personnes qui risquent de perdre la vision centrale.

Alors, je pense que cette plainte... Et je crois qu'il faut certainement souhaiter que les personnes à qui on réclame les montants... Je pense à ce retraité de Saint-Jean-sur-Richelieu qui a eu le courage de porter plainte et qui a fait valoir que le traitement qu'il recevait gratuitement à l'Hôpital Notre-Dame lui coûte 1 000 \$ par an en cabinet privé. Alors, je pense que... je m'attends à plus qu'à la réponse assez générale que vous m'avez donnée, parce qu'il y a déjà presque deux mois que cela a été porté à la connaissance du ministre et de la régie et... Alors, c'est un service assuré, et en même temps

il y a une possibilité de double facturation. Alors, qu'en est-il, là, de cette problématique, là, de double facturation?

M. Couillard: Alors, encore une fois, ça nécessite plus de discussion. D'abord, sur le cas des plaintes, effectivement c'est bien que la personne concernée se soit manifestée, parce que ça ne prend pas 55 plaintes, une plainte suffit à vérifier le problème puis apporter le correctif. Alors, la personne effectivement s'est plainte d'avoir eu à payer des frais de 250 \$. Là, on multiplie par le nombre de traitements par an, et c'est comme ça, je suppose, que la députée arrive à son chiffre 1 000 \$ par année.

Maintenant, la réponse du médecin suite à l'enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec était de dire que le montant était pour couvrir des médicaments et des substances anesthésiques. Sauf que la RAMQ a dû répondre à ces personnes que ce n'était pas foncièrement illégal, mais qu'il fallait cependant porter plainte au Collège des médecins si on trouvait que les montants étaient excessifs. Parce que, effectivement, 250 \$ pour des gouttes puis des anesthésiques locaux, ça me paraît à première vue un peu élevé. Alors, je pense que c'est la façon dont on va s'y prendre de ce côté-ci pour la plainte en question.

Maintenant, pour ce qui est du fait que la facturation pour les ophtalmologistes en cabinet pour cet acte-là ne tient pas compte des coûts élevés que l'utilisation de la technique nécessite — ça prend en général une aide technique, ça prend un laser dans le bureau pour faire le traitement, on n'entrera pas dans les détails — ceci est en train d'être pris en compte, et nous avons des négociations actuellement pour l'ajuster de façon à ce que cette situation ne produise pas. Maintenant, si un médecin en cabinet privé veut charger un tarif administratif ou technique pour des éléments tels que les gouttes qui, d'après lui ou d'après la régie, ne sont pas pris en compte dans l'ajustement tarifaire, c'est possible et ce n'est pas illégal de le faire, mais il faut que ce soient des tarifs raisonnables, en lien avec les coûts réels des produits.

Mme Harel: Mais est-ce que je comprends, M. le Président, que, contrairement à ce que nous avait dit le ministre au début, le Visudyne n'est pas couvert et donc le patient... les patients, en l'occurrence le retraité de Saint-Jean-sur-Richelieu, mais bien d'autres aussi, le paient au coût de 250 \$, les gouttes? Ce n'est pas moi qui le dis, là, puis le patient dit qu'il a déboursé 1 000 \$. Alors, il y a un problème, là, puis il me semble que c'est pris d'une manière un peu évasive.

M. Couillard: Non, c'est parce que là malheureusement il faut revenir, puis c'est exactement ce que j'ai dit: le coût du médicament n'est pas défrayé par le patient, puisqu'il est pris en charge par le régime général d'assurance médicaments. Dans l'éventualité où le patient n'aurait aucun autre médicament, ce serait assujéti aux limitations de contributions mensuelles et annuelles qu'on connaît.

En pratique, il s'agit de personnes âgées qui ont souvent d'autres pathologies, qui fait qu'ils ont déjà de toute façon atteint leur contribution maximale et ils ne

paient pas pour le médicament. Je pense qu'il faut leur dire, là, le médicament n'est pas payé. Ce qui arrive, c'est que, lorsque le traitement est fait en cabinet, certains ophtalmologistes... ou en tout cas, dans le cas précis ici, ont demandé un tarif, ont exigé un tarif du patient pour couvrir non pas le médicament, mais des coûts tels que les gouttes et les substances anesthésiantes. Alors, sur le plan strictement légal, ceci n'est pas illégal, mais cependant on a recommandé ou la régie a recommandé que la personne s'adresse au Collège des médecins pour vérifier si le montant exigé était raisonnable compte tenu du type de produits qui était mentionné.

Maintenant, pour la base du problème, qui est le fait que la composante technique du traitement en cabinet n'est pas prise en compte dans la rémunération, je répète que nous avons actuellement des conversations et des négociations avec les spécialistes pour corriger ce problème.

Mme Harel: Mais, M. le ministre, ce qu'on nous indique ici, là, c'est que c'est une pratique répandue, les cabinets privés facturent donc 250 \$ pour les gouttes. Alors, est-ce que c'est la conclusion à laquelle en arrive la régie?

M. Couillard: Non, écoutez, là, ce n'est pas parce qu'il y a une plainte sur 250 \$ que c'est 250 \$ partout. Les montants varient énormément. Il y a des cabinets, on me l'indique, où c'est 40 \$ ou 50 \$. Ça apparaît à première vue plus raisonnable compte tenu de la destinée qu'on accole à ce tarif qui est de payer pour des substances chimiques, là, des gouttes ou des substances anesthésiantes. Le montant de 250 \$ est probablement exagéré, ceci dit sous toutes réserves, là. Ce sera le Collège des médecins qui devra en faire l'analyse. Encore une fois, on reconnaît que, dans le coût de ce traitement-là, il y a une composante technique qui doit être prise en considération. On est prêt à la prendre en considération et converser avec les médecins ophtalmologistes à cet effet-là.

Mme Harel: M. le ministre, vous-même et les membres de la commission parlementaire, lors de l'étude du projet de loi sur le Commissaire à la santé, ont entendu notamment les porte-parole des familles de patients nous signaler que les plaintes au Collège des médecins se soldent en général par un infime pourcentage de correctifs qui sont apportés. Je crois que c'était de l'ordre de 1,5 % ou 2 %. Alors, je comprends que vous avez comme solution, pour une situation comme celle-là, de dire aux gens: Adressez-vous au Collège des médecins. C'est ce qu'il faut comprendre?

M. Couillard: Bien, parce que c'est la voie à suivre, là, puis on ne veut en aucune façon — et je suis certain que ce n'est pas la volonté non plus — miner la crédibilité de l'ordre professionnel indépendant qu'est le Collège des médecins qui doit faire cette analyse-là. Mais je répète que la base du problème, qui est la prise en charge de la composante technique lorsque l'examen est facturé en cabinet, est reconnue et fait l'objet de conversations avec les médecins ophtalmologistes, qui, j'espère, devront déboucher assez rapidement sur une entente.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, on a largement dépassé l'enveloppe de 20 minutes. Mme la députée de Pontiac.

Coût des traitements et des médicaments administrés à domicile

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Bonjour, M. le ministre. Bonjour, chers collègues. J'aimerais qu'on parle un peu des médicaments et du virage ambulatoire. On sait qu'avec le virage ambulatoire il y a des traitements, de plus en plus, qui se font directement par le patient à domicile. On peut parler de l'antibiothérapie, de la dialyse parentérale, la morphine. J'aimerais savoir, M. le ministre... Quand on regardait dans les centres de santé ou les centres hospitaliers au niveau du dépassement des coûts en termes de produits pharmaceutiques, on sait que souvent les produits... Et je me souviens d'une directive qui avait été émise que les gens qui faisaient les traitements à domicile dans le cadre du virage ambulatoire, les coûts devaient être absorbés par le milieu hospitalier. Si ma mémoire m'est fidèle, cette directive-là existe encore. Plus ça va aller, plus on va demander, dans le cadre du maintien à domicile, de plus en plus que certains traitements soient faits à domicile, et je me demandais si les évaluations de coût avaient été faites. Depuis que l'ensemble de ces traitements-là ont commencé dans le cadre du virage ambulatoire, est-ce que c'est quelque chose dans la politique des médicaments que vous avez regardé ou que vous allez regarder? C'est ma première question.

M. Couillard: Bien, certainement ça fait partie de la réflexion sur le virage ambulatoire, on est tous d'accord. Effectivement, il y avait des directives qui faisaient que le centre hospitalier devait prendre en charge le coût du traitement fait sur une base ambulatoire. On est en train d'améliorer ça. On a adopté récemment un des règlements sur la préparation des solutions parentérales par des pharmaciens avec une rémunération technique attachée à ça, de sorte qu'on devrait pouvoir diminuer la pression, là, sur ce type de traitements, là, qu'on veut voir se répandre.

On connaît tous des gens qui ont eu, par exemple, une injection, qui ont eu la chance de pouvoir être traités à la maison avec un cathéter plutôt qu'à l'hôpital. Même chose pour les traitements de chimiothérapie, il y a même maintenant des gens qui se traitent eux-mêmes par chimiothérapie à domicile. Il y a la dialyse également à domicile, qui est un nouveau programme qui, entre autres, voit le jour actuellement en Estrie, qui change considérablement la qualité de vie des gens qui sont dialysés. Alors, ce genre de virage là, on y est favorable et on veut certainement le soutenir.

Responsabilisation des usagers dans la consommation de médicaments génériques

Mme L'Écuyer: Je suis heureuse de voir que, dans la rencontre sur... au symposium, il y a un atelier sur la responsabilisation des usagers. On sait que souvent les usagers consomment des médicaments à une quantité astronomique et ils maintiennent, ils veulent toujours... On ne parle pas de générique parce qu'ils

veulent avoir la petite pilule jaune plutôt que la bleue, même si ça fait le même effet, et ça a quand même des gros coûts.

● (11 h 50) ●

Est-ce que, dans cet atelier-là, cette problématique-là va être abordée ou si on ne va chercher que l'opinion des gens par rapport à la politique sur le médicament?

M. Couillard: Bien, ce qu'on veut avoir ici, c'est un élément de prise de conscience dans la population, comme je l'expliquais tantôt, des enjeux économiques qui sont présents, mais toujours ces enjeux étant secondaires par rapport aux bénéfices thérapeutiques, hein? Il faut toujours rappeler ça, de la même façon que, lorsqu'un patient va rencontrer un chirurgien, il va toujours demander des questions sur les effets secondaires d'une chirurgie, sur les bénéfices de la chirurgie: Qu'est-ce qui arrive si je n'aurais pas ma chirurgie? Est-ce que je pourrais ne pas être opéré, et quelles seraient les conséquences? Ça, c'est, je dirais, des questions d'un citoyen éclairé, là, qui mènent d'ailleurs à un consentement éclairé pour les procédures chirurgicales.

Il faudrait que, dans le domaine des médicaments, qu'on ait la même démarche également, qu'il soit certainement automatique pour la personne, le citoyen de dire au médecin: Est-ce que... Le traitement que vous me recommandez est bien sûr, je le suppose, le meilleur dans votre esprit, mais est-ce qu'il y a des alternatives qui sont autres qui pourraient avoir le même effet à moindre coût, de sorte que chacun, on tient un peu son rôle, là, dans la société d'agent d'administration un peu de ce système-là? Mais encore une fois je répète que le premier principe, c'est le principe de l'utilité thérapeutique et du choix par le médecin du meilleur traitement pour le patient. Ça, c'est important.

Conciliation des stratégies de soutien à l'innovation et d'utilisation des médicaments génériques

Mme L'Écuyer: J'aimerais, M. le Président, entendre le ministre sur la conciliation développement de l'innovation puis l'utilisation des médicaments génériques. Il semble y avoir un peu contradiction quand on veut pousser au maximum l'innovation dans le domaine des médicaments et l'utilisation des médicaments génériques. J'aimerais vous entendre là-dessus, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, cet élément, c'est au coeur même de l'arbitrage que j'expliquais tantôt entre les coûts du soutien des médicaments au Québec par le régime public et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique. On a au Québec une protection de brevets qui est plus longue que dans les autres provinces canadiennes, ce qui fait qu'on accepte qu'il s'agit là d'une façon d'encourager l'industrie pharmaceutique à être chez nous, et particulièrement à exercer ses activités de recherche chez nous.

C'est au Québec également que le pourcentage de prescriptions est le plus souvent rempli pour des médicaments innovateurs par rapport aux génériques. Alors, c'est toujours la même équation entre d'une part calculer l'économie que représenterait un virage vers les médicaments génériques par rapport aux bénéfices financiers pour l'ensemble de la société, aux bénéfices

économiques, aux retombées économiques de la présence de l'industrie pharmaceutique, et c'est cet arbitrage qui est toujours au coeur des décisions des gouvernements à cet effet-là depuis des années, quels que soient les partis politiques au pouvoir.

Mme L'Écuyer: En complément, j'aimerais vous entendre sur votre vision du développement du rôle de l'industrie pharmaceutique au Québec. C'est quand même un sujet d'aujourd'hui, on voit beaucoup de personnes du Québec impliquées dans l'industrie pharmaceutique. On sait qu'on a beaucoup de personnes et de gens formés dans ce domaine-là, on est souvent à la fine pointe. J'aimerais vous entendre, M. le ministre, sur votre vision à long terme du développement de cette industrie pharmaceutique au Québec.

M. Couillard: Bien, c'est un créneau industriel que le Québec s'est choisi de façon, je dirais, stratégiquement justifiée depuis des années. Dans la région de Montréal en particulier, c'est une région maintenant qui est connue dans le monde entier, dont la vitalité est associée au secteur des biotechnologies, et particulièrement de l'industrie pharmaceutique.

Sur un plan plus large, à partir du moment où on désire profiter au Québec de ressources plus grandes pour répartir ces ressources et donner des bénéfices à nos citoyens, moi, je reviens toujours à ce que disait M. Bourassa dans le temps, il disait: C'est bien beau de vouloir répartir la richesse ou la prospérité, mais d'abord il faut créer la richesse et la prospérité. Et, lorsqu'on parle de prospérité pour une société, surtout dans les années 2000, à notre époque de mondialisation et de compétition, un élément essentiel qui fait d'une société une société prospère, c'est la composante d'innovation qui est attachée à cette société-là. Alors, ça va dans la façon dont on supporte les universités et ça va également à la façon qu'on supporte des industries de pointe comme l'industrie pharmaceutique qui est un des éléments d'innovation de notre société.

L'industrie pharmaceutique au Canada consacre environ 42 % de ses investissements de recherche au Québec. C'est à peu près le même pourcentage en Ontario, mais ce n'est pas distribué de la même façon. Au Québec, on a des grands centres de recherche industriels qui font véritablement de la recherche et du développement, alors qu'en Ontario la recherche se fait surtout en recherche subventionnée dans les centres hospitaliers universitaires et les instituts de recherche. Donc, le bénéfice est très grand.

Il y a un coût associé également, en termes de société et en termes de politique gouvernementale, au soutien de cette industrie-là. L'évaluation des gouvernements jusqu'à maintenant a toujours été que les bénéfices, en termes de retombées économiques, de gain de prospérité pour le Québec, dépassaient largement les coûts. Je crois que c'est un concept qui demeure valable, mais cependant il faut également agir de façon à limiter la croissance des coûts des médicaments, raison pour laquelle j'ai à quelques reprises rencontré nos partenaires de l'industrie pharmaceutique pour les engager à s'inscrire avec nous comme partenaires dans cette démarche de politique du médicament, et particulièrement de l'utilisation optimale du médicament.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Sur le même sujet, M. le député de Robert-Baldwin.

Mesures visant à assurer la formation médicale continue dans le domaine du médicament

M. Marsan: Oui. M. le Président, merci. Toujours sur le même sujet, tout l'aspect formation qui est associé aussi bien pour le médicament... pour le médicament... pour le patient. On sait que, lorsqu'on est capable de fidéliser le patient à son traitement, que ce soit par médicament ou médical, bien on a beaucoup de bénéfices en termes de santé. Mais je pense également aux médecins, alors comment est-ce qu'on s'assure que la formation médicale continue dans le domaine du médicament, c'est assuré, et la même chose pour les patients?

M. Couillard: Ça, c'est un point très important parce que les pratiques de mise en marché ou de commercialisation auprès des professionnels ont été l'objet de plusieurs années, autant pour les pharmaciens que pour les médecins. Et il n'y a pas de traitement préférentiel d'un groupe par rapport à l'autre, là, les mêmes concepts éthiques doivent s'appliquer aux deux.

Il y a eu cependant des progrès qu'il faut mentionner. Il y a eu une entente entre le regroupement Rx & D, qui est le regroupement des industries pharmaceutiques d'innovation, et l'Association médicale du Canada, entente qui a été essentiellement reprise par le Collège des médecins, qui explique la façon déontologique de procéder pour l'organisation d'activités médicales d'éducation continue, incluant le financement et incluant la programmation, incluant la rémunération des gens qui participent à ces activités-là. Je crois que c'est certainement bien d'avoir fait ces accords-là. Je crois qu'on peut aller encore un peu plus loin pour bien sûr ne pas nous enlever la contribution financière de l'industrie pharmaceutique en éducation médicale continue qui est très grande, mais rendre l'administration de cette contribution financière indépendante de toute pression commerciale et située à distance, si vous voulez, de l'industrie et même du gouvernement de façon à ce que les activités d'éducation médicale soient accomplies dans un esprit d'indépendance le plus grand possible.

M. Marsan: Merci.

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

Frais découlant du transfert à la liste d'exception d'un médicament pour les femmes souffrant de maladies cardiovasculaires

Mme Harel: Merci, M. le Président. M. le Président, je voudrais porter à l'attention de la commission et à l'attention du ministre diverses représentations qui lui ont été faites et qui m'ont été également transmises. Je pense, entre autres, à l'AFEAS, l'association

des... donc l'association très connue, là, des femmes en mouvement, comme elles se qualifient elles-mêmes, qui écrivaient au ministre pour lui faire part de leur vive inquiétude du fait du transfert de la liste générale à la liste d'exception d'un médicament qui concerne la problématique touchant les femmes aux prises avec des maladies cardiovasculaires. Alors, elles écrivent donc au ministre, et je veux simplement en citer un très bref extrait.

Et je les cite: «On nous a informées qu'à cause de son statut d'exception sur la liste des médicaments du régime public de plus en plus de femmes ont de la difficulté à se procurer ce médicament essentiel. Plus encore, pour obtenir une prescription, ces femmes sont parfois obligées de déboursier entre 25 \$ et 50 \$ pour faire remplir par le médecin le formulaire d'un médicament d'exception.»

Alors, c'est une missive qui est signée par la présidente provinciale de l'AFEAS, Mme Brault. Alors, je voudrais savoir, là, quelle est la réponse qui lui a été transmise.

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

M. Couillard: Je ne commenterai pas sur la réponse qui lui a été transmise parce que je n'en ai pas de souvenir précis, là, mais, pour ce qui est de la réponse à la question de la députée sur le problème qui est soulevé, je réaffirme que la question de l'inscription des médicaments à la liste régulière ou d'exception n'est pas une question de perception quant au caractère essentiel ou non, subjectif d'un médicament, c'est une question d'évaluation scientifique rigoureuse pour laquelle le Conseil du médicament a entière juridiction et toute ma confiance. Les décisions du Conseil du médicament doivent être prises en indépendance totale, et c'est la seule façon par laquelle on va avoir un processus rigoureux d'évaluation. S'il y a des représentations à faire, elles doivent être faites sur une base scientifique, sur la base d'études scientifiques probantes et présentées au Conseil du médicament.

● (12 heures) ●

Pour ce qui est de la formalité quant aux médicaments d'exception, nous avons indiqué tantôt — et c'est une bonne nouvelle — que, d'ici juin ou au cours du mois de juin, nous pourrions faire en sorte, et la Régie de l'assurance maladie du Québec fera en sorte que toute la procédure de demande de prescription, d'autorisation pour un médicament à la liste d'exception se fera en ligne, de sorte que le temps requis par le médecin et le degré de complexité de la procédure vont être de beaucoup réduits.

Mme Harel: M. le Président, la présidente de l'AFEAS ajoutait dans cette lettre adressée au ministre, il y a déjà deux mois: «Vous n'ignorez certainement pas que les femmes bénéficiant d'une assurance privée, contrairement à celles couvertes par la Régie de l'assurance maladie, accèdent librement à ce médicaments, concernant, là, les maladies cardiovasculaires, qui sont la cause principale de la mortalité chez les femmes, et est-ce que le fait de déboursier pour faire remplir le formulaire de médicament d'exception est jugé par le ministre comme convenable?»

M. Couillard: C'est des frais qui sont exigés depuis des années, y compris lorsque l'opposition était au gouvernement. Ça a toujours été la même chose. Les cabinets de médecins, on le sait tous, chargent des tarifs pour remplir des formulaires, tout le formulaire du médicament d'exception. Ce que j'ai expliqué tantôt, c'est que le fait de rendre la transaction possible en ligne de façon beaucoup plus rapide, sans papiers, sans lourdeur administrative va certainement diminuer de beaucoup la justification quant au recours à ces demandes de tarifs et certainement quant au niveau des tarifs qui sont exigés.

Maintenant, je réaffirme encore une fois — et ça, je le dirais chaque fois — jamais je ne commenterai publiquement ou je ne mettrai en doute une décision du Conseil du médicament. Je veux que ce soit bien clair, les décisions du Conseil du médicament sont prises après réflexion par des experts qui sont reconnus, qui sont scientifiquement compétents et qui sont indépendants. Le fait qu'un médicament soit couvert ou pas par un régime d'assurance privée collective n'entre pas dans la réflexion, c'est une question pure d'évaluation scientifique.

Mme Harel: Oui. M. le Président, de toutes les questions posées sur la réingénierie, que ce soit au ministère ou que ce soit à la Régie de l'assurance maladie du Québec, les réponses ont toujours été très, très évasives. Je prends à témoin le livre de crédits, les réponses aux questions que l'opposition a posées à la Régie de l'assurance maladie du Québec où on nous a référés systématiquement à des réponses à des questions encore plus générales. Ça m'a fait pensé au jeu de Lapin Malin que jouent mes petits-enfants, c'est-à-dire dans un ensemble vous cherchez le particulier. Alors, ça vaut pour toutes les questions sur la réingénierie, et j'aimerais, M. le Président, que le ministre s'assure, ainsi que le président de la Régie de l'assurance maladie du Québec, que nous puissions avoir accès à des réponses précises aux questions précises que nous avons posées sur la réingénierie.

Je prends à témoin les pages du cahier de la Régie d'assurance maladie du Québec aux questions... Alors, c'est donc... Par exemple, page 98, nous demandions la liste et copie des sondages commandés dans le cadre du processus de réingénierie. Alors, on nous renvoie à une réponse beaucoup plus générale sur tous les sondages qui ont été réalisés par la régie. Cela vaut également pour les contrats, par exemple, page 97. Nous demandions la liste et copie de tous les contrats octroyés dans le cadre du processus de réingénierie ainsi que le montant de chacun de ces contrats. Même chose, on nous renvoie donc dans une réponse très, très, très évasive où on ne nous précise pas quels ont été les contrats qui ont été octroyés dans le cadre du processus de réingénierie. Y en a-t-il eu? Lesquels ont-ils été? Les sondages, y en a-t-il eu? Lesquels ont-ils été? Et c'est comme ça pour tout ce qui concerne la réingénierie, y compris, par exemple, à la page 106 où nous demandions les études qui ont été réalisées en 2003-2004 sur la privatisation ou l'impartition des services gouvernementaux déjà offerts ou de nouveaux services publics. Nous demandions les contrats liés à ces études, les mandats, l'échéance et les montants, et de même on nous renvoie à l'ensemble de tous les contrats sans nous préciser lesquels ont été

accordés dans le cadre d'études sur la privatisation ou l'impartition.

Ça vaut pour la régie, ça vaut pour le ministère aussi, même procédé. Tout ce qui touche la réingénierie, je vous le dis, là, le ministère, dans les réponses qui nous ont été transmises, a joué à la cachette. Alors, je demande, pour les prochaines séances de la commission parlementaire, cet après-midi ou demain, qu'on nous précise — qu'on nous le précise comme on doit le faire — les contrats, les sondages, les dépenses qui ont été réalisées en 2003-2004 sur la réingénierie.

Intentions concernant la répartition du financement des ressources intermédiaires

Et, comme la Régie d'assurance maladie du Québec est responsable de la gestion des ressources intermédiaires, alors je pense que c'est un élément extrêmement important, extrêmement important, y compris en matière de médication, parce qu'on a des cas qui se multiplient. Je pense, par exemple, au pavillon le Pionnier, qui est un des pavillons d'un centre hospitalier de soins de longue durée à Hébertville, et on a donc ce cas, ce premier cas, là, d'établissement public qui va devenir privé et où les médicaments qui étaient fournis, parce que c'était un établissement d'institution, vont devoir dorénavant être payés par les personnes âgées en perte d'autonomie hébergées.

Alors, c'est une question qui est vraiment névralgique, surtout quand on a lu hier que le ministre — c'est en fait par sa porte-parole, mais j'imagine qu'elle est autorisée à parler en son nom — le ministre annonçait qu'il allait privilégier, pour l'hébergement des personnes âgées, des établissements non institutionnels. Ces établissements non institutionnels signifient que les personnes vont devoir payer leurs médicaments, ce qui n'est pas le cas, dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, vont devoir payer des couches — je pense qu'il faut parler, là, des choses de la vie — ça coûte au moins 100 \$ par mois. C'est couvert dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, ça ne l'est pas lorsqu'il s'agit d'une ressource intermédiaire. Je suis passée à travers tous les contrats de ressources intermédiaires, et c'est uniquement le gîte et le couvert qui est offert en hébergement.

Alors, je voudrais bien savoir, là, quelle est la position du ministre dans ce dossier de... Dans le fond, c'est un dossier de privatisation.

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

M. Couillard: Nous, M. le Président, on est très favorable au concept suivant, c'est que les personnes âgées, lorsque c'est possible et surtout lorsque la perte d'autonomie n'est pas grande... Parce que par définition, s'il y a le gîte ou le couvert, c'est pour des gens qui n'ont pas une lourde perte d'autonomie, et ces gens-là peuvent certainement être très bien traités en ressources intermédiaires. Et, nous, on est pour ça, puis on va continuer ça. On veut que les gens, les personnes âgées en perte d'autonomie, au lieu d'être parquées dans des institutions, soient dans des milieux qui ressemblent à un milieu naturel, qu'ils aient là des soins à domicile déployés par

le réseau public, et c'est d'ailleurs ce qu'on a fait avec les formules novatrices cette année. Que, lorsqu'on veut développer des nouvelles places en hébergement, qu'on explore la question des partenariats public-privé, on est pour ça, nous, M. le Président.

Alors, qu'est-ce qu'il en est de l'opposition? On aura l'occasion de leur demander à plusieurs reprises. Je comprends qu'ils sont gênés de répondre étant donné qu'eux mêmes avaient prévu avoir recours aux partenariats public-privé, on le sait maintenant, avant la date de l'élection non seulement pour les hôpitaux, mais pour les écoles et les autres services publics. Mais, nous, on le dit clairement, on est favorable à cette avenue-là parce que c'est dans l'intérêt même des personnes hébergées. Les personnes hébergées, surtout lorsque leur perte d'autonomie est minime ou modérée, n'ont pas à être dans un centre d'hébergement de soins de longue durée, et il y a beaucoup d'endroits... pas tous, mais il y a beaucoup d'endroits où on retrouve plusieurs personnes avec des degrés de perte d'autonomie qui feraient qu'elles pourraient certainement être beaucoup plus confortables et beaucoup plus heureuses dans des milieux plus naturels, et c'est nettement, M. le Président, l'avenue qu'on va suivre.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je pense que c'est une question qui est extrêmement importante, parce que le ministre a laissé entendre que nous pouvions être en désaccord avec ces ressources intermédiaires, alors que nous les avons appuyées pour l'hébergement des personnes qui ne sont pas en perte d'autonomie.

Sauf, M. le Président, que ce dont le ministre parle, c'est de remplacer la construction de centres hospitaliers de soins de longue durée... Quand on sait qu'il y a 5 000 personnes en attente d'un hébergement de longue durée, alors qu'il prétend remplacer les unités requises en hébergement de soins de longue durée et il prétend les remplacer par des ressources légères, c'est là, le problème, M. le Président. Quand il dit, comme il vient de le mentionner, perte d'autonomie n'est pas grande, à combien évalue-t-il la perte d'autonomie qui va permettre de ne pas héberger dans les soins de longue durée? À partir de combien d'heures-soins?

• (12 h 10) •

M. Couillard: Pour ce qui est d'abord de l'orientation de développer des nouvelles places d'hébergement, je rappelle qu'il y a eu 4 000 places de coupées entre 1995 et 2000. Il faut toujours le rappeler à notre population, parce qu'on vient de donner le nombre de personnes en attente; curieusement, ça correspond au nombre de places qui ont été supprimées au Québec dans ces années-là. Pour ce qui est du développement de nouvelles places d'hébergement, on va certainement envisager les partenariats public-privé. Ce n'est pas l'enfer. C'est quelque chose qui est fait par des pays, des juridictions qui sont au moins socialement aussi avancés, sinon plus avancés que le Québec, dont la France, dont le Royaume-Uni, dont l'Australie, dont ailleurs dans d'autres provinces canadiennes où, par exemple, le gouvernement de l'Ontario met en place depuis trois ans un système de partenariats public-privé avec financement des coûts cliniques à l'entrepreneur qui permet de développer 22 000 places de soins prolongés en trois

ans. Moi, j'aimerais bien être dans une situation où on est capable de développer un nombre de places élevé d'hébergement comme ça, et la raison pour laquelle on ne le fait pas, c'est que la dette publique au Québec est rendue à un niveau extrêmement élevé et qu'il faut certainement envisager d'autres avenues.

Et je répète qu'il ne s'agit pas de mettre en valeur... ou en doute les ressources intermédiaires. Bien sûr, on y croit, puis je sais que l'opposition y croit également, aux ressources intermédiaires. Mais je m'attends de l'opposition qu'il y ait un discours constant. Quand on sait qu'il y a un document au Conseil des ministres précédé qui disait qu'il fallait faire ça, qu'il fallait aller en partenariats public-privé pour les nouveaux hôpitaux, les écoles et les autres services publics, il faut savoir est-ce qu'on discute du fond de la question, de la formule ou de la façon de le faire. Parce que le niveau de discussion est différent. Si on discute du choix d'avoir recours à cette formule pour développer des nouvelles places d'hébergement, moi, je dis très clairement que notre attitude, c'est d'y être favorable et de vouloir nous-mêmes suivre cette avenue. On attendra donc de l'opposition qu'ils prennent position éventuellement s'ils le peuvent — parce que politiquement, pour eux, je réalise que ça peut être risqué — s'ils le peuvent, prendre position sur cette question.

Moi, je redis qu'on n'est pas moins socialement avancé ici qu'en France, en Grande-Bretagne, en Australie ou en Suède, où on a recours à ces formules-là. Alors, arrêtons de diaboliser les choses, arrêtons de présenter ça comme l'enfer sur terre. Ce n'est pas une panacée non plus, c'est une formule qu'il faut évaluer avec prudence et utiliser avec beaucoup de discernement, mais on va le faire comme beaucoup d'endroits dans le monde l'ont fait et sans que ce soient des endroits où les droits sociaux des gens, où les contextes sociaux, où la façon dont on s'occupe des personnes âgées soient inférieurs à ce qu'on a actuellement au Québec. Et je rappelle que les personnes âgées elles-mêmes, lorsqu'on pose la question, elles veulent le plus possible retarder au maximum le moment où elles auront à aller en CHSLD. Le problème, c'est qu'actuellement, dans beaucoup de régions, on n'a pas d'alternative à leur offrir. À partir du moment où on commence à perdre l'autonomie, c'est le CHSLD, alors qu'on aurait pu normalement retarder ce moment pour plusieurs années au bénéfice même des personnes âgées qui veulent, qui veulent être dans un milieu naturel le plus longtemps possible.

Alors, je m'attends de l'opposition qu'elle clarifie sa position. Je ne pense pas qu'elle le fera aujourd'hui en commission, parce qu'il va falloir le discuter au caucus, puis ça risque d'être houleux. Mais il faut clarifier la position d'abord sur le fond de la question: Est-ce que, oui ou non, on est pour les partenariats public-privé dans les constructions de services publics au Québec? Nous, la réponse est claire ici: on est pour. On est pour avec toutes les précautions, la prudence et le discernement que ça représente. Alors, on va s'attendre que, sur le fond de la question, qu'on ait une expression d'opinion claire de la part de l'opposition. Quant à la forme cependant, là il y a des discussions très intéressantes à avoir. Quelles sont les précautions qu'on doit prendre pour assurer le niveau de qualité des soins, le niveau de dignité des personnes? Toutes ces questions-là doivent

être discutées et sont certainement intéressantes... et doivent être discutées. Mais il faut bien dissocier ici la discussion sur le fond et sur la forme.

Mme Harel: M. le Président, j'aurais une plus grande ouverture à l'éloquence du ministre si nous avions eu des réponses aux questions que nous avons posées. Je vous en lis deux, M. le Président. Question: «L'état d'avancement des travaux du comité mis en place par le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les personnes âgées.» Réponse: «Cette question n'est pas pertinente à l'étude des crédits.» Autre question: «État d'avancement des travaux sur les résidences privées.» Réponse: «Cette question ne semble pas pertinente à l'étude des crédits.» Et ainsi de suite.

Intentions concernant des partenariats public-privé pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie

Et, M. le Président, on en apprend plus dans les journaux qu'on en apprend dans les travaux parlementaires de la commission sur la santé et les services sociaux. Qu'est-ce qu'on apprend dans les journaux? On apprend ceci: Alors, d'ici juin, 12 projets pilotes, partenariats public-privé pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie — qu'est-ce que ça signifie, en perte d'autonomie; en perte d'autonomie, ça veut dire une heure et demie de soins, deux heures et demie, quatre heures, des personnes Alzheimer, des personnes avec des pertes cognitives? — seront choisis, bon, parmi les projets qui ont posé leur candidature. Ces milieux d'hébergement pourraient être des bâtiments d'une vingtaine de petits appartements avec cuisine et salon communs construits par des entreprises privées.

Ça a toujours été construit par des entreprises privées. La Corporation d'hébergement du Québec fait des soumissions, et c'est construit par l'entreprise privée. La question, c'est: Est-ce que c'est géré par des entreprises privées? De quelle nature seront-elles, ces entreprises privées? Qui est propriétaire de l'édifice et qui est employeur? Qui est employeur? Est-ce que l'employeur sera le propriétaire de l'édifice? Et l'employeur sera-t-il assujéti comme le sont les privés conventionnés... Les privés conventionnés... L'Hôpital Notre-Dame-de-Lourdes dans mon comté, boulevard Pie-IX, au coin d'Ontario, c'est un privé conventionné, mais où les employés sont finalement soumis aux mêmes règles que la fonction publique, et donc il n'y a pas de «cheap labor», il n'y a pas de sous-traitance à 7,50 \$ comme on retrouve souvent dans d'autres types d'établissements privés non conventionnés. Est-ce que ce sera des établissements privés? Moi, je n'ai pas de problème, mais seront-ils conventionnés?

Ça, c'est la première question, parce que, dès que l'établissement est conventionné, la personne hébergée paie selon ses revenus et non pas selon les coûts d'une part. Ensuite, dès que c'est conventionné, la personne hébergée a ses médicaments qui sont couverts par l'institution et les autres besoins essentiels. J'ai parlé de couches tantôt, là, bien c'est incontournable quand on parle de ces personnes très âgées en très lourde perte d'autonomie. Est-ce que cela signifie que ces milieux d'hébergement seront non conventionnés avec toutes les

conséquences, là, que ça suppose de ce que je viens de mentionner? Alors, oui, des nouvelles places d'hébergement, oui, construites par le privé, mais la vraie question n'est pas là. La vraie question à laquelle le ministre doit répondre, c'est de savoir si ce privé va être conventionné.

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

M. Couillard: M. le Président, on sait bien qu'il y a actuellement environ 7 000 personnes hébergées dans les établissements privés conventionnés au Québec. On sait bien également que, depuis 1993-1994, il n'y a pas eu de développement de nouvelles places dans cette formule-là. Pourquoi? Parce qu'il s'agit essentiellement d'un mauvais exemple de partenariat public-privé — et ça, c'est l'évaluation qui a été faite exactement par le gouvernement précédemment également — où l'ensemble du risque est transféré à l'État, où le propriétaire de l'édifice en fait ne conserve que les bénéfiques. Donc, raison pour laquelle on n'a pas décidé de pousser l'expérience de ce côté-là.

Pour ce qui est des projets novateurs auxquels on fait allusion, c'est très intéressant, M. le Président, on a reçu des dizaines et des dizaines de propositions de partout au Québec, pas seulement de partenaires privés, également de partenaires communautaires, ou associatifs, ou coopératifs. Et le concept, c'est pour les gens qui n'ont pas une perte d'autonomie profonde, qui peuvent être indépendants dans un domicile. Et le concept, c'est que les services aux personnes sont déployés par le réseau public. Le partenaire, qu'il soit privé ou coopératif... Parce qu'il n'y a pas uniquement des partenaires de l'entreprise privée qui ont soumis des projets, et le propriétaire de l'édifice gère l'édifice sur le plan de l'entretien ménager, offre le gîte et le couvert aux gens, mais tous les services d'aide à la personne sont déployés par le réseau local de services, par le CLSC, dans l'établissement. Et c'est ce qu'on appelle un projet novateur, c'est très intéressant. C'est, en passant, inspiré par ce qui se fait au Danemark, où on a réussi avec beaucoup de profit une transformation de cette nature quant à la façon dont on s'occupe de nos personnes âgées en perte d'autonomie.

Il faut réaliser qu'au Québec on approche un taux de personnes âgées hébergées en hôpitaux de soins prolongés de près de 4 %, ce qui est beaucoup plus élevé que dans d'autres pays du monde. Pourquoi? Parce qu'on n'a pas cet éventail de ressources intermédiaires entre l'autonomie complète et la perte profonde d'autonomie en CHSLD où les gens sont obligés, contre leur volonté souvent, d'aller en CHSLD. Alors, lorsqu'on présente aux personnes âgées la possibilité d'avoir accès à ces endroits-là, je peux vous dire qu'il y a énormément d'intérêt et qu'ils demandent très activement d'y avoir accès. On va annoncer bientôt le choix des premiers projets et on va continuer en 2004-2005 de développer des nouveaux projets dans cette formule-là parce qu'il y a énormément d'intérêt qui se développe partout au Québec.

Les hôpitaux de soins prolongés doivent être réservés aux gens qui ont des pertes profondes d'autonomie. En général, la limite technique est évaluée autour de trois heures-soins par jour, et on devrait retrouver dans nos CHSLD un grand pourcentage de personnes

qui sont à ce niveau de perte d'autonomie. Des gens qui ont des pertes d'autonomie légères ou modérées, inférieures à cette limite ne devraient pas... et ce n'est pas dans leur intérêt, et ce n'est pas ce qu'elles souhaitent. Arrêtons de décider pour les gens ce qui est bon pour eux. Les gens, les personnes âgées ne souhaitent pas, à des pertes d'autonomie plus petites que ça... ne souhaitent pas être en CHSLD, ils veulent être comme chez eux, dans un milieu naturel le plus possible et le plus longtemps possible, et c'est ce qu'on va leur offrir, M. le Président.

• (12 h 20) •

Mme Harel: M. le Président, la population, en tout cas, d'Hébertville et de la région d'Alma, il y avait 300 personnes, 300 personnes dans une assemblée publique pour protester contre la transformation d'un pavillon de soins de longue durée en ressource privée. Alors, ce n'est pas la demande, c'est le contraire de la demande. Je comprends, là, de ce que le ministre vient de dire, ce qui est important, trois heures de soins et plus s'en iraient dans le public conventionné CHSLD et trois heures de soins et moins s'en iraient dans un privé-privé. Quand il parle de soins déployés, qui serait employeur? Qui serait employeur?

Moi, M. le Président, je rencontrais samedi dernier des employés d'une ressource privée qui me racontaient — c'est public d'ailleurs et ça fera l'objet, je pense, d'une enquête — qui me racontaient que c'est la cuisinière qui donne les médicaments. C'est la cuisinière qui donne les médicaments parce qu'il n'y a pas personne d'autre que des préposés... Ceux qui viennent de l'établissement, disons, de santé, là, CLSC et autres, c'est sur demande quand il y a des problèmes seulement. Alors, moi, ce que je veux savoir, M. le ministre, quand vous nous parliez de ce déploiement que vous évoquiez tantôt, là, ce déploiement dans les soins infirmiers, qui va en être responsable, qui va être l'employeur.

M. Couillard: M. le Président, pour les soins à la personne, l'employeur, c'est le réseau public, le réseau intégré de services. Avant, on disait le CLSC, maintenant on dit le réseau intégré de services du territoire. Et le nombre d'heures de services par jour va être bien sûr ajusté selon le niveau de perte d'autonomie de la personne; il y a des gens qui ont besoin de beaucoup moins de services que d'autres. Et c'est au moment où la perte d'autonomie devient plus grande que là on doit envisager, le plus tard possible, un transfert dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée qui est une institution. Et encore une fois nos personnes âgées, elles ne veulent pas vieillir en institution, elles veulent vieillir soit chez elles — et c'est pour ça qu'on déploie des grandes ressources en amélioration du maintien des soins à domicile — soit, si possible, dans des milieux qui ressemblent le plus possible à un domicile où ils se sentent un peu chez eux puis pas dans une chambre d'hôpital. Et, moi, personnellement, c'est comme ça que je veux vieillir aussi. Puis je soupçonne qu'autour de la table c'est comme ça qu'on veut vieillir aussi.

Alors, arrêtons de conter des peurs aux gens, là, puis d'inventer des... de démoniser ça, alors qu'encore une fois, là, il va falloir dire les vraies choses comme on le dit: Au Québec, on n'est pas plus socialement avancé qu'en France, en Angleterre, en Australie, ou en Suède,

ou au Danemark, et partout dans ces pays, avec grand profit pour les personnes âgées, on a innové, on a fait ce genre de virage, et il n'y a aucune raison pour qu'au Québec on ne le fasse pas non plus.

Dans le cas d'Hébertville bien sûr, on le mentionnait, c'est une décision de l'agence régionale finalement, mais il faut noter que, sur ce territoire-là — et c'est tout à fait symptomatique de ce que je disais — il n'y avait aucune ressource intermédiaire. Donc, en pratique, les personnes âgées de cette région-là, ils n'avaient pas le choix, ils étaient chez eux puis, dès qu'ils commençaient à perdre un peu d'autonomie, hop! on s'en va en CHSLD. Alors, il n'y avait rien qui existait entre les deux éléments. Alors, apprenons à être respectueux de ce que veulent les gens et pas se fixer sur des modèles, là, prédéfinis de réseau public ou privé. Toutes les expériences sont possibles. Les autres pays l'ont fait, le Québec est capable d'innover aussi. Il n'y a aucune raison pour laquelle on ne serait pas capable, nous également, de le faire.

Et, en passant, pour ce qui est des résidences privées et des ressources intermédiaires, il n'y a pas eu grand-chose de fait au cours des dernières années. On fait allusion à notre groupe de travail, qui progresse bien d'ailleurs, sur l'encadrement des résidences privées, on aura bientôt des résultats à présenter. Au moins, nous, on a fait quelque chose qui dépasse un simple registre virtuel où les gens ont la possibilité ou non ou l'obligation ou non de s'inscrire. Alors, il faut s'attaquer à ce problème du vieillissement de la population de façon respectueuse de ce que veulent les gens et en s'inspirant de ce qui se fait ailleurs. On ne détient pas, au Québec, la vérité universelle. Ce n'est pas parce qu'on a fait comme ça depuis 20 ans qu'il faut continuer encore à faire comme ça pendant 20 ans. On peut peut-être un peu s'inspirer de ce qui se fait ailleurs.

Mme Harel: J'ai un bel exemple, M. le Président, d'une ressource d'hébergement qui provient de la volonté du milieu de fournir à ses citoyens âgés un lieu de vie dans leur collectivité d'appartenance. C'est le Domaine de l'hirondelle de Sainte-Germaine-Boulé, au sud de La Sarre, et c'est notre collègue le député d'Abitibi-Ouest qui m'a transmis ces informations. Alors, c'est donc une volonté du milieu de mettre sur pied un organisme pour permettre aux personnes de la localité de demeurer le plus longtemps possible, comme l'a dit le ministre, à proximité de leurs familles, de leurs amis, de maintenir des liens affectifs et sociaux significatifs.

Et le problème, c'est que les ressources doivent être conséquentes aux besoins de ces personnes. Et ce qu'on indique ici, c'est que les ressources doivent prévoir non pas seulement des intervenants du CLSC qui viennent comme un maintien à domicile privé, mais doivent prévoir une présence en tout temps pour assurer la sécurité des résidents, donc une présence continue, puisqu'il y a une anxiété qui est plus grande chez les personnes en très lourde perte d'autonomie. Moins de trois heures... Vous savez que c'est des cas d'Alzheimer, ça, c'est des troubles cognitifs importants, là. C'est des personnes qui ne savent plus ce qu'elles sont. Je sais ce que c'est, parce que mon père, quand je vais le voir, me demande qui je suis, qui il est lui-même. Alors ça, ce sont des personnes qui ont vraiment besoin d'un milieu extrêmement

sécuritaire. Et c'est moins de trois heures de soins parce que ce n'est pas nécessairement des personnes malades. En fait, ce sont des troubles cognitifs, mais ce n'est pas nécessairement une maladie, si vous voulez, qui demande des soins aigus.

Alors, le ministre sait très bien que, dans sa transformation, si c'est moins de trois heures, ça suppose un encadrement d'un personnel qui doit être formé, qui... et ça demande aussi... Parce que là on comprend que, dans ce statut privé, ce statut privé va faire en sorte que l'État ne sera plus en charge des médicaments, ça va devenir comme un maintien à domicile, ça va devenir comme une prise de médicaments privée avec tous les coûts afférents que ça signifie. C'est de ça dont le ministre nous parle avec ses grands principes aujourd'hui, là.

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

M. Couillard: Bien, effectivement, là, je vois qu'on a le même objectif: on veut que les gens restent chez eux le plus longtemps possible puis dans leur milieu naturel. C'est pour ça qu'on fait des efforts majeurs en maintien à domicile. C'est pour ça que, cette année, on ajouté 67 millions en maintien à domicile récurrents qui vont devenir 80 millions annualisés l'an prochain. C'est pour ça que l'an dernier on a mis 50 millions.

Mme Harel: ...pas un sou pour les CHSLD.

M. Couillard: Il y a de l'argent pour les CHSLD. Là, on est interrompu, mais on va quand même l'accepter pour enjoliver la conversation. Le gros de l'argent qui est investi cette année va en maintien à domicile et également une partie en rehaussement du niveau de soins dans les CHSLD existants.

Ventilation des crédits pour les soins de maintien à domicile et les CHSLD

Mme Harel: Alors, peut-on savoir la répartition?

(Consultation)

M. Couillard: Évidemment, ça, ça s'évalue région par région selon le pourcentage d'atteinte des besoins. On connaît l'indication... l'indicateur habituel, là. On l'a fait l'an dernier également lorsqu'on a injecté de l'argent en hébergement, on a donné préférentiellement aux régions dont le pourcentage de réponse aux personnes était le plus bas et on va continuer la même démarche cette année.

Mme Harel: En fait, la question est simple, là, est-ce que le titre du journal *Le Soleil* d'aujourd'hui, 67 millions... Parce que c'est un montant de 67 millions qui est dévolu dans les crédits aux personnes en perte d'autonomie, que ce soit maintien à domicile et hébergement de longue durée. Donc, c'était pour les deux... donc les deux services.

M. Couillard: Majorité pour le... domicile.

Mme Harel: Ici, on nous dit: Exclusivement 67 millions pour le maintien à domicile. Est-ce que le ministre confirme?

M. Couillard: Non, ce n'est pas exclusif, c'est la majorité du 67 millions qui va être en maintien à domicile. On va obtenir le résultat, là, dès qu'il sera présent. On vous reviendra... Si on ne l'a pas immédiatement, je vous promets qu'on reviendra cet après-midi avec le renseignement plus précis, là. Mais on va majoritairement consacrer cette somme à l'amélioration du maintien à domicile, des soins à domicile et également au rehaussement du niveau de soins dans les CHSLD en se basant sur une analyse régionale, région par région, des endroits qui ont plus de difficultés que d'autres.

Le Président (M. Copeman): Avant de suspendre nos travaux, il y a une demande d'information: Est-ce que la présence du président-directeur général et les collaborateurs de la RAMQ est toujours requise cet après-midi? C'est simplement une demande. La réponse est oui, semble-t-il, hein? On opine du bonnet, alors... Parce que, pour les fins des transcripts, quand on opine du bonnet, ça ne dit pas grand-chose.

Ça, d'ailleurs, c'est une expression que j'ai apprise d'un ex-ministre de la Santé et des Services sociaux et ex-président de la Commission des affaires sociales, le Dr Denis Lazure, qui m'a introduit à cette expression «opiner du bonnet» que j'utilise souvent parce que je la trouve charmante.

Alors, sur ce, je suspends les travaux de la commission jusqu'après la période des affaires courantes, c'est-à-dire autour de 15 heures. Et on m'informe qu'on peut laisser les choses ici parce qu'on va barrer la porte.

Une voix: ...attendez.

Le Président (M. Copeman): Un instant, s'il vous plaît! À l'ordre! À l'ordre! On est mieux de... Alors, je retire les dernières paroles, il faut tout prendre avec nous parce que la salle est utilisée entre 12 h 30 et 14 heures. Alors, s'il vous plaît, amenez vos choses avec vous, et je suspends les travaux de la commission.

(Suspension de la séance à 12 h 30)

(Reprise à 15 h 34)

La Présidente (Mme Charlebois): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la Commission des affaires sociales poursuit l'étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est-à-dire pour une durée de trois heures. Et je rappelle à tous les membres de la commission ainsi qu'à l'équipe qui vous accompagne, M. le ministre, de bien vouloir mettre hors de fonctionnement les téléphones cellulaires et tout autre appareil qui peut déranger.

Alors, pour la poursuite des travaux, j'inviterais maintenant la députée d'Hochelaga-Maisonneuve à vouloir poursuivre.

Mme Harel: Merci. Alors, merci, merci, Mme la Présidente. Je pense que je vais passer outre au dossier des tuteurs médicamenteux.

Une voix: ...intéressant...

Mme Harel: Oui, c'est intéressant, parce que justement je recevais un courriel dans lequel on m'indiquait que dès mardi, donc le lendemain de l'étude de nos crédits, la Dre Sylvie Bernier, du ministère, appelait au CHUM pour indiquer que les budgets étaient octroyés officiellement, et, aujourd'hui même, le Dr Pierre Masson, qui est le directeur des affaires universitaires à l'Agence de Montréal, confirmait que d'ici 10 jours les centres recevraient les montants officiels permettant de démarrer leurs activités.

Alors, disons que, la première fois, c'était en novembre dernier, suite à la question que j'avais posée sur les tuteurs médicamenteux, dans l'après-midi même ou le lendemain, là, en fait à quelques heures, il y avait eu une rencontre avec les autorités du ministère et les cardiologues concernés. Là, cette fois-ci, c'est les budgets qui débloquent.

Donc, je me dis que cette question aura quand même valu un volume d'interventions, là, plus accélérées, puisque le budget qui a été confirmé a été à la hauteur de 12 millions. Évidemment, c'est en contradiction avec ce que la porte-parole — 13 millions? 13 millions, c'est encore mieux — ce que la porte-parole du ministre disait dans *La Presse* du 12 mai, sur l'implantation des tuteurs médicamenteux, puisque... C'est entre guillemets, là, il faut croire parfois que les déclarations... qu'on cite bien les personnes qui sont appelées par les journalistes, et elle disait ceci: «Cette année, nous allons avoir les budgets pour se rendre vers la cible, mais ce n'est pas garanti que nous allons avoir 20 % d'implantation de tuteurs médicamenteux.» Alors, je suis bien aise d'apprendre, cet après-midi, que ce 20 % sera atteint, et donc je pense que je voulais simplement le signaler, Mme la Présidente, parce que j'ai une série de personnes, soit des patients ou soit des intervenants du réseau, qui communiquent avec moi pour me faire poser des questions. Comme ça, ils sentent bien que ça va accélérer le traitement de leur dossier. Je vous le dis en toute sincérité.

M. Couillard: ...réponse également.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Très bien. Moi, ce que j'apprécierais, M. le ministre, cependant, c'est que les réponses, les personnes qui sont chargées dans votre entourage de les donner aux questions qui sont posées en préparation de l'étude de crédits, qu'elles les donnent vraiment. Il y a une trentaine de questions, là, auxquelles on nous a répondu que ce n'était pas pertinent de poser ces questions-là. Alors, quand... ça ne doit pas être la même personne qui a répondu que ce n'était pas pertinent et celle qui a préparé les dossiers pour les députés ministériels.

Alors, disons qu'il faudrait, là, je pense, s'assurer, lors de la prochaine étude des crédits, que ça n'est pas cette réponse évasive — «non pertinent» — qui vient, disons... qui nous permet de penser, là, que le ministre et le ministère et que son entourage prennent au sérieux l'exercice que l'on fait. Je le dis en toute simplicité, là, mais c'était la deuxième fois.

Par exemple, sur les CHUM, on nous a répondu que ce n'était pas pertinent de poser des questions sur le calendrier des CHU, et puis le député ministériel pose la

question, et, encore ce matin, lorsqu'il fut question du dossier de... lequel était-il? Les comités tripartites du Conseil des médicaments.

Intentions concernant des partenariats public-privé pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie (suite)

M. le ministre, je voudrais qu'on revienne — non pas pour clore la question, parce que je crois que c'est un début d'échange sur cette question — sur tout le dossier du partenariat public-privé en matière d'hébergement. Je sais que l'administration... je pense, pour le dire plus exactement, là, dans les termes appropriés, je crois que la Régie de l'assurance maladie du Québec a eu la responsabilité de la réglementation visant la contribution des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire. Alors, ma question est très simple. Est-ce que les résidences d'hébergement, dont vous avez parlé — on retrouve ça dans les journaux aujourd'hui — seront des ressources intermédiaires?

Ventilation des crédits pour les soins de maintien à domicile et les CHSLD (suite)

M. Couillard: Alors, avant d'aborder cette question, je voudrais amener des compléments de réponse sur quelque chose que j'avais promis de faire ce matin, c'est la répartition du 67 millions de dollars pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

● (15 h 40) ●

Alors, sur le 67 millions, cette année, 50 millions va être dédié aux services à domicile; 13 millions au rehaussement des heures travaillées en CHSLD, donc au rehaussement des services en CHSLD; 4 millions pour la mise en application des projets novateurs dont on a parlé ce matin, qui ont été approuvés, là, cette année, et, également, pour les régions nordiques. Pour 2005-2006, le montant de 4 millions sera de 14 millions parce qu'il s'agit d'un montant qui va être annualisé à ce moment-là: 8 millions pour les projets novateurs, donc on va doubler l'an prochain le nombre de projets novateurs qu'on va accepter, et 6 millions pour les régions nordiques.

Maintenant, pour ce qui est des tuteurs médicamenteux, je veux quand même clarifier que les budgets n'ont jamais été interrompus, puisque nous avons adopté les crédits temporaires dans lesquels figurait le douzième ou le pourcentage correspondant de l'indexation spécifique des établissements dans lequel le budget des tuteurs se trouve. Alors, ceci avait été communiqué aux agences, également. Je suis content de voir, et c'est effectivement un côté positif de l'exercice auquel on se livre, que ça ait permis de dissiper les ambiguïtés au niveau régional, mais le niveau régional savait très bien depuis le 1er avril que, lorsqu'on a adopté les crédits temporaires, à l'intérieur de ces crédits temporaires se trouvait une partie de l'indexation spécifique.

Je voudrais également, pour faire toute la lumière sur cette question qui est très importante et qui montre la rigueur avec laquelle on a abordé la question, notamment avec le Réseau québécois de cardiologie tertiaire, déposer, si la présidente en convient, un document qui est double, qui contient, d'une part, les recommandations du Réseau québécois de cardiologie tertiaire pour

l'implantation des tuteurs médicamenteux, et c'est intéressant parce qu'on verra qu'on parle vraiment des critères d'implantation, du suivi, de la nécessité de faire des études de suivi pour tous ces patients-là et du fait que le budget doit être dédié et consacré à cette oeuvre-là; également, dans une deuxième page qui est attenante à la répartition régionale des sommes composant le 13 millions de dollars, puisqu'il s'agit de sommes qui sont adressées à l'ensemble des centres qui pratiquent la revascularisation par angioplastie coronarienne. Alors, je vais vous transmettre, Mme la Présidente, ce document, puis vous pourrez l'examiner et déterminer s'il est éligible pour un dépôt.

La Présidente (Mme Charlebois): Je vais en prendre connaissance et je vous reviendrai là-dessus un peu plus tard.

Intentions concernant des partenariats public-privé pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie (suite)

M. Couillard: Pour ce qui est de la question qui a été posée par Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette, les projets novateurs dont on parle, qu'on finance donc cette année, le premier groupe qui a été approuvé à la hauteur de 4 millions et les nouveaux projets qu'on financera l'an prochain à la hauteur de 8 millions ne sont pas des ressources intermédiaires.

Les ressources intermédiaires, c'est une personne physique ou morale qui a un contrat avec un établissement pour prendre en charge certaines clientèles. Ici, on parle de ressources d'hébergement pour des gens dont la perte d'autonomie n'atteint pas le niveau de CHSLD, dans lequel le réseau public s'engage avec le partenaire, qui est soit un entrepreneur privé soit un milieu coopératif ou même communautaire, à envoyer les services de soutien et de soins aux personnes à partir du réseau public, donc à partir du réseau local de services qui est sur place. Donc, ce n'est pas du tout le même cadre que le cadre d'une ressource intermédiaire.

On parle finalement ici du domicile de ces gens-là qui devient adapté à leur condition et dans lequel on reçoit des services à domicile beaucoup plus intensifs et proportionnels à la perte d'autonomie des personnes. Donc, dans l'évolution d'une personne âgée qui arriverait avec une perte d'autonomie nulle ou minime, à mesure que malheureusement la perte d'autonomie s'accroît, le nombre et la quantité et l'intensité des services publics personnels augmenteraient progressivement en correspondance avec la perte d'autonomie, et, si malheureusement, éventuellement, le niveau de perte d'autonomie fait en sorte qu'il faut envisager à ce moment-là un séjour en centre d'hébergement et de soins de longue durée, bien, c'est ce qui se produit.

Et ça, c'est un des éléments de partenariat public-privé. Il y en a d'autres, également. Il s'agit de ce qu'on appelle des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel. J'expliquais ce matin que notre problème au Québec, on a fait, je crois, de mauvais choix, avec les années. C'est qu'on a uniquement l'option de soit être à la maison soit être en CHSLD. Il faut quelque chose entre les deux et il faut quelque chose qui corresponde également aux souhaits des personnes âgées,

et c'est ce qu'on a l'intention de développer avec bien sûr des critères très précis en termes de déploiement de services, avec un examen de ces projets — il faut savoir que les projets suscitent énormément d'intérêt dans toutes les régions — de façon à ce que partout on ait accès à ce genre d'hébergement qui correspond beaucoup mieux aux besoins réels et ce que souhaitent les personnes âgées elles-mêmes.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée.

Mme Harel: Mme la Présidente, il y a plusieurs types d'hébergement. Il existe présentement le centre hospitalier de soins de longue durée, il existe également les résidences privées conventionnées par l'État, il existe aussi des ressources intermédiaires, soit les appartements supervisés, soit les maisons de chambres, les maisons d'accueil, les résidences de groupes. Mais, quel que soit le mode de ressources intermédiaires, il y a toujours un contrat entre un établissement et une ressource intermédiaire, et, dans ce contrat, il y a également une contribution de l'État, ce que, malgré les belles paroles du ministre, ce dont il me parle, là, c'est de la loi de l'offre et de la demande. Là, ce ne sera plus dorénavant à chacun selon ses besoins, ça va devenir à chacun selon ses moyens. Mme la Présidente, quand ça devient privé-privé, quand c'est à chacun selon ses moyens, ça signifie qu'il va y avoir du bas de gamme puis du haut de gamme en termes d'hébergement.

Là, présentement, je comprends que la Régie de l'assurance maladie du Québec a la responsabilité de la réglementation visant la contribution des usagers qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire. Ça signifie que la société, par l'intermédiaire du ministère puis de la régie, contribue pour un montant journalier entre 9,13 \$ à 100,33 \$, dépendamment de l'état de lourdeur, si vous voulez, des services qui doivent être rendus à la personne hébergée dans une ressource intermédiaire.

J'ai posé la question au ministre parce que je ne pouvais pas imaginer que le partenariat public-privé se ferait en dehors de ce cadre de ressources intermédiaires qui est un cadre où la personne hébergée relève toujours de l'établissement, elle demeure sous la responsabilité de l'établissement.

Demeurant sous la responsabilité de l'établissement, il y a un filet de sécurité, il y a un filet de protection pour la personne qui est hébergée et qui nécessite une heure et demie, deux heures, deux heures et demie, on dit jusqu'à trois heures, parfois trois heures et demie de soins dans les ressources intermédiaires.

Là, le ministre me dit: Ce filet de sécurité, on l'oublie. La contribution quotidienne... la contribution journalière va-t-elle être versée dans ces hébergements, là, dans ces bâtiments d'une vingtaine de petits appartements, etc., dont parlait le ministre dans le journal *Le Soleil*, aujourd'hui?

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

M. Couillard: Alors, il existe effectivement un lien entre l'établissement privé puis le réseau public, le lien étant effectivement la dispensation des services à la

personne par le réseau public dans l'établissement, et c'est pour ça que ces projets sont tous évalués cas par cas et qu'on regarde correctement de quelle façon les services doivent être développés.

Mais il faut également reconnaître qu'il y a... ça existe déjà chez nous, les CHSLD privés. Ce n'est pas nouveau, vous en avez parlé vous-même, Mme la députée.

Mme Harel: ...

M. Couillard: Il existe des privés-privés également. Il existe des CHSLD privés-privés pour les gens en perte d'autonomie. Il existe également des résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie variable pour lesquelles les conditions varient essentiellement, effectivement, selon le concept que vous avez qualifié de bas de gamme, moyenne gamme, haut de gamme. C'est quelque chose qui existe, et, à ce que je sache, ça n'a jamais été interrompu par le gouvernement précédent ni remis en question.

Mme Harel: Mais là...

M. Couillard: Ce qu'on veut mettre ici en application, c'est également les conditions où l'accès est respecté. Je pense que, effectivement, on doit être prudent de ce côté-là et s'assurer que les contributions aux usagers permettent à l'ensemble des citoyens d'y avoir accès.

Les citoyens, déjà, ils sont chez eux. Ils paient une hypothèque ou un loyer. Bien, ils vont déménager dans un autre logement pour lequel ils paient également un loyer avec le gîte et le couvert, et on pourra également, on pourra également voir comment il y a moyen de partager ces coûts-là entre, je dirais, une ressource de subvention et la contribution de l'usager.

Mais, ce qu'il faut également réaliser, c'est qu'on veut également, ici, donner plus d'options aux gens. Et les gens se plaignent de ça: partout au Québec, les gens se plaignent de ça, les personnes âgées en particulier. Ils disent qu'ils préfèrent être dans un endroit qui est chez eux, qui est leur domicile, qu'ils veulent... ils sont prêts donc à payer un loyer incluant... pour le gîte et le couvert et l'entretien de l'édifice. Et nous ce qu'on fait, comme relation contractuelle avec ce partenaire, c'est d'établir une base quant à la base de services qui est nécessaire, et on veut également — et on l'indique dans les appels d'offres qu'on a faits pour ces projets-là — que les frais reliés au gîte et au couvert doivent être comparables à ce qu'il en coûte actuellement dans le cas de la contribution de l'adulte hébergé. Donc, on veut que ça reste voisin.

• (15 h 50) •

Il ne s'agit pas d'avoir, là, des distances ou des différences importantes entre ce qu'il en coûte actuellement pour l'adulte hébergé et ce qu'il en coûterait pour ça. C'est essentiellement des coûts qui sont voisins et comparables. Et la relation contractuelle est entre le partenaire qui, encore une fois, n'est pas nécessairement un partenaire privé, il peut être également le milieu associatif ou coopératif et le réseau public de santé qui donne les soins personnels qui sont en croissance selon le degré d'autonomie de la personne, et ceci est bien,

bien contenu dans les instructions et les balises qui accompagnent ces projets.

Mme Harel: Parlons de la vraie vie, M. le...
Mme la... M. le Président, excusez-moi.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Alors, vous êtes revenu à la fonction. Alors, parlons... dans la vraie vie, là, il demeure que le privé dans notre société peut se développer, il se développe autant dans les écoles. Si les gens veulent entièrement payer, à 100 %, ils peuvent le faire dans les résidences ou dans les écoles.

La question, c'est de savoir où est-ce que le gouvernement va mettre l'argent du public et où va-t-il choisir d'investir l'argent du public? Là, la question qui est évidente à ce moment-ci, là, c'est la question du coût.

C'est la question du coût. Actuellement, les personnes âgées, pour un bon nombre d'entre elles, reçoivent la pension de vieillesse et le supplément de revenu garanti, c'est-à-dire un maximum de 900 \$ par mois. La réglementation leur permet, lorsqu'elles sont hébergées, que ce soit en privé conventionné ou en soins de longue durée ou en ressources intermédiaires de... pas en ressources intermédiaires, en privé conventionné et en institution, si vous voulez, le règlement leur permet de conserver 150 \$ par mois.

Donc, il y a l'équivalent de 750 \$ qui contribue mensuellement à leur gîte, hébergement, entretien, avec tous les autres services qui sont des services d'hygiène, de bains, de repas, parce que bon nombre de ces personnes-là ne peuvent pas s'alimenter elles-mêmes. Alors, le coût en institution — dans les informations transmises dans le livre des crédits — pour un lit de longue durée, c'est 205 \$ par jour. Dans une ressource intermédiaire, cela, dépendamment de la gravité, peut aller, je pense, jusqu'à 100 \$ par jour, une question que je voulais poser d'ailleurs à la régie. Alors là, vous me dites qu'il n'y aura plus de contribution et que la personne va devoir elle-même financer, à même sa pension de vieillesse puis son supplément de revenu garanti?

M. Couillard: Comme c'est le cas actuellement dans les autres modes d'hébergement que la députée a mentionnés, c'est calculé — elle l'a bien expliqué — sur le revenu de la personne, compte tenu de la pension de vieillesse, du supplément de revenu garanti, et il n'y a pas de... être bien sûr que c'est ça. Et il n'y a pas bien sûr nécessité, possibilité d'être accepté. Il faut que ces projets-là soient évalués et acceptés pour être financés dans le cadre de ces projets novateurs. Et une des conditions d'acceptation, c'est que les frais reliés au gîte et au couvert — ce qu'on appelle les frais d'hôtellerie — soient comparables à ce qu'il en coûte actuellement pour les adultes hébergés dans les autres milieux. Alors, il n'y a absolument aucune différence, on veut que ce soit la même chose, et c'est un des critères d'acceptation des projets. Donc, si ça coûte x dollars en moyenne à une personne pour être hébergée, par exemple, en CHSLD ou en privé conventionné, il faut que le montant soit comparable dans le projet qui est soumis, sinon il ne sera pas accepté. C'est aussi clair que ça: en termes de

dépenses, il faut que ce soit la même chose pour la personne.

Mme Harel: Je pense, M. le ministre, là, qu'il y a une confusion qui est entretenue entre le fait qu'on puisse être en chambre, on peut être chambreur puis on a à payer pour son gîte, son couvert.

Là, on parle de personnes en perte d'autonomie qui peuvent nécessiter jusqu'à trois heures de soins, c'est ce que vous avez dit ce matin. Quand on dit trois heures de soins, il faut voir aussi que très souvent ce sont des personnes qui n'ont pas de problèmes médicaux aigus mais qui sont incapables de s'alimenter elles-mêmes, qui sont incapables de se déplacer elles-mêmes, qui sont incapables de sortir de leur lit et de marcher vers une toilette. Alors, ce n'est pas juste des soins médicaux durant trois heures par jour, c'est 24 heures par jour où ces personnes sont en perte cognitive grave, que certains appellent «démence».

M. Couillard: Bien oui.

Mme Harel: Alors, est-ce que vous me dites... ces personnes-là actuellement, elles se trouvent soit en institution de soins de longue durée, que ce soit privée, conventionnée ou publique, et elles ne contribuent que pour 750 \$ maximum par mois.

Celles qui sont en ressources intermédiaires, l'État contribue jusqu'à un maximum, me dit-on, là — c'est ce que j'ai de confirmé — de 100 \$ par jour — 100,33 \$ — dépendamment de la gravité. Je prenais connaissance du règlement à cet effet qui s'intitule Classification des services dispensés par les ressources, des taux de rétribution applicables pour chaque type de services.

Alors, je comprends que vous ne prévoyez plus de contribuer journalièrement...

M. Couillard: Bien, on...

Mme Harel: ...pour l'hébergement de personnes âgées en lourde perte d'autonomie qui nécessitent trois heures et moins de soins par jour.

M. Couillard: Dans l'hébergement, M. le Président, il y a deux parties: il y a les frais d'hôtellerie puis il y a les soins. Nous, on contribue encore avec les soins qui sont inclus dans les subventions.

Je ne comprends pas pourquoi on a cette approche-là, qui vise à effrayer la population, pour des pratiques qui existent partout dans le monde occidental, encore une fois, dans des pays socialement très avancés. Il n'y a rien là de nouveau, ce n'est pas une découverte, ce n'est pas une invention, c'est de montrer que les Québécois peuvent faire aussi bien qu'ailleurs.

Et les adultes hébergés dans ces réseaux de ressources alternatives, ils vont être contents d'être là parce qu'ils veulent rester chez eux le plus longtemps possible. On s'assure que leur contribution est comparable avec ce qui existe également dans le réseau. On veut également que lorsque possible — et certainement on veut le permettre — la cohabitation avec le conjoint qui est parfois une chose très difficile dans les CHSLD.

Les services à la personne — et je répète encore pour la huitième fois, là — c'est le réseau public qui s'en

occupe. Le partenaire s'occupe de la partie hôtellerie de la situation, c'est-à-dire gîte et couvert finalement, et ceci, dans un montant qui est comparable à ce que la personne âgée doit payer maintenant dans le réseau d'hébergement qu'on connaît. Alors, il n'y a pas de différence en termes de déboursés réels pour la personne; elle reçoit des soins en plus défrayés par le réseau public — c'est là la contribution du réseau public — des soins de type soins à domicile qui sont ajustés à son degré de perte d'autonomie.

Et la perte d'autonomie, elle n'est pas toujours d'autonomie ou minime sévère. Il y a des gens qui ont une très légère perte qui vont être là parce qu'ils ne veulent plus nécessairement être chez eux de façon autonome; ils veulent être entourés d'autres personnes et particulièrement cohabiter avec leur conjoint, ce qui est de plus en plus difficile dans certains CHSLD.

Encore une fois, on se comporte ici comme s'il s'agissait d'une révolution. Ce n'est pas une révolution, c'est le Québec qui rattrape son retard par rapport aux autres pays.

Mme Harel: M. le Président, on remet profondément en question l'universalité dans l'accès aux soins pour des personnes âgées en perte d'autonomie. Et... La question est simple, M. le ministre: Qui va payer l'écart entre ce que coûte les... je ne parle pas des heures de soins, puis je reviendrai, mais, dans 24 heures, là, il n'y a pas que les trois heures de soins. Et, si c'est trois heures de soins, il va falloir aussi des garanties pour s'assurer que ces trois heures sont véritablement offertes aux personnes. Vous savez très bien toutes les difficultés que ça représente actuellement avec les milliers de personnes sur les listes d'attente. Votre propre collègue de Saint-Henri évaluait à 600 millions le coût de maintien à domicile... le coût pour satisfaire le besoin de maintien à domicile.

Mais je reviens à la question du coût et de l'écart. Pour une personne qui reçoit sa pension de vieillesse puis son supplément de revenu garanti, ce 750 \$, qui est une goutte d'eau dans ce que cela coûte, n'est-ce pas, pour le gîte et l'hébergement, compte tenu que ce sont des personnes en perte d'autonomie et qu'il leur faut du personnel pour les faire manger, pour les habiller, pour les déplacer, alors, qui va payer la différence?

M. Couillard: Bien, c'est ça qu'il faut bien comprendre. Pour le 750 \$, la personne actuellement, elle paie pour l'hôtellerie et les services.

Mme Harel: Non, non, non...

M. Couillard: Bien oui!

Mme Harel: ...non, non, non!

M. Couillard: Bien oui, en partie. Pour... dans une formule novatrice, les services sont payés par l'État et déployés par le réseau local de services, c'est exactement la même chose. Il y a deux parties dans la contribution de l'utilisateur, en pratique: le 750 \$, il sert à payer un peu l'hôtellerie et, également, il sert à payer une partie des services.

Et là je ferais remarquer également quelque chose que probablement la députée ignore, c'est que, dans la

Loi canadienne sur la santé, en passant, les soins d'hébergement ne font pas partie du panier de services. Alors, en Ontario, par exemple, il n'existe pas un seul CHSLD public; ils sont entièrement privés ou sous l'autorité des municipalités. On appelle ça là-bas les «nursing homes».

En Ontario, on vient de mettre sur pied un partenariat pour développer des milliers de places en soins prolongés en l'espace de trois ans, selon les concepts modernes de milieu de vie et d'unités prothétiques.

● (16 heures) ●

Alors, il faut arrêter de démoniser ce type d'option, là, et se rendre compte qu'on ne fait que s'ajuster aux pratiques et aux normes et donner enfin aux personnes âgées une liberté de choix dans le type d'hébergement qu'ils veulent, le tout dans des concepts effectivement d'équité puis d'accessibilité en termes de services.

Mme Harel: M. le Président, le ministre peut se rassurer, je savais que la loi canadienne ne couvrirait pas ces services pour personnes âgées en grande perte d'autonomie, mais je ne m'imaginai pas que le gouvernement du Québec irait jusqu'à introduire la loi de l'offre et de la demande dans l'offre de service à des personnes âgées, très âgées ou âgées, enfin, en lourde perte d'autonomie.

Le choix, ça va être le choix des revenus. Ça va être le choix dicté non pas par les besoins, mais ça va être le choix dicté par les moyens. Si on... parce que, ce que le ministre confond, c'est le gîte, l'hébergement, comme si c'était des personnes pimpantes qui, le matin, s'habillaient, se maquillaient, s'en allaient toutes seules déjeuner, alors que le gîte et l'hébergement, il faut qu'il ajoute aussi l'accompagnement, l'accompagnement pendant 24 heures de temps, y compris la nuit parce qu'on sait très bien l'anxiété que peuvent vivre des personnes qui sont en perte cognitive et autres en vieillissant. Alors, l'accompagnement, qui va le payer, l'accompagnement?

M. Couillard: Ce n'est pas tout le monde, M. le Président, qui a besoin d'accompagnement. Il y a des gens qui sont autonomes, qui vont être là-dedans, puis il y a des gens qui ont des légères pertes d'autonomie.

Je suppose que Mme la députée est allée...

Mme Harel: Trois heures et moins.

M. Couillard: ...bien, trois heures et moins, ça comprend 30 minutes également, tu sais? Il y a tous les degrés possibles, et c'est certain que, plus la perte d'autonomie est importante, plus les gens vont être suivis et, surtout, lorsque nécessaire, accompagnés, et c'est là que se produit le besoin de considérer à ce moment-là le placement en milieu de soins prolongés plus traditionnels.

Et on faisait allusion plus tôt aux questions de démence, maladies d'Alzheimer. Je suppose que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve est allée visiter, comme moi, la maison Carpe Diem, à Trois-Rivières? Il n'y a pas de problème là-bas, ça fonctionne très bien sous un concept novateur, et les gens sont très heureux. En fait, ils sont probablement plus heureux que dans beaucoup de CHSLD, ces gens qui ont des pertes de fonctions cognitives, et, encore une fois, là, comme on dit chez nous, arrêtons de faire peur au monde, là, et revenons à la réalité, hein? La réalité, c'est que, si c'était si terrible

que ça, le gouvernement précédent aurait fermé tous les CHSLD privés et les résidences privées de personnes âgées. Or, à ce que je sache, ce n'est pas arrivé.

Mme Harel: Mais ça n'a pas à voir, M. le Président!

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

Mme Harel: ...les CHSLD privés sont conventionnés...

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

Mme Harel: ...et la personne hébergée est sous la responsabilité de l'institution. Ça n'a rien à voir, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, nous avons largement dépassé l'enveloppe du temps. M. le ministre.

M. Couillard: Je voudrais quand même répéter, parce que, là, on fait peur aux gens, là, volontairement. Alors, je vais quand même expliquer les choses comme elles sont.

Mme Harel: Là, M. le Président, je regrette, là, le ministre, vous savez très bien qu'il ne peut pas présumer des choses comme ça.

Une voix: Pantoute! Oui...

Le Président (M. Copeman): Je n'ai pas noté une question de règlement là-dedans. Allez-y...

Mme Harel: Non. Non, bien, moi, je veux dire qu'il fait des économies sur le dos des personnes âgées.

Le Président (M. Copeman): Oui? Bon. M. le ministre, la parole est à vous et exclusivement à vous, pour le temps que je détermine.

M. Couillard: Oui. O.K. Alors, les services qu'on donne aux gens déployés par le réseau public comprennent les services de préposés et d'infirmières auxiliaires ainsi que la surveillance, lorsque nécessaire, et la durée de surveillance varie d'une personne à l'autre, selon son niveau de perte d'autonomie. Ce n'est pas vrai que tout le monde a besoin d'être accompagné 24 heures par jour, puis elle le sait très bien, M. le Président, ça dépend du niveau de perte d'autonomie et du type de problème que la personne rencontre.

Pour la partie gîte et couvert, c'est comparable à la contribution de l'adulte hébergé dans les autres milieux. Il n'y a aucune différence, c'est le même déboursé pour la personne, et, en plus, il a l'impression d'être chez lui plutôt que dans une institution impersonnelle.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, j'autorise le dépôt de l'avis du RQCT sur l'utilisation des

tuteurs médicamenteux, juillet 2003, ainsi que le tableau Calculs qui l'accompagne.

Bilan des investissements des deux dernières années dans les services de maintien à domicile

M. le ministre, je désire intervenir à ce stade-ci pour parler un peu de toute la question du maintien à domicile pour les personnes âgées.

Vous le savez peut-être, le comté de Notre-Dame-de-Grâce a la deuxième plus forte concentration de personnes âgées 65 ans et plus au Québec, la plus forte étant donnée au comté de D'Arcy-McGee, qui est voisin. Nous avons un pourcentage de personnes âgées supérieur à la moyenne québécoise, et la situation est plus... il y a un défi encore plus important dans le sens que le pourcentage des personnes 75 ans et plus est beaucoup plus élevé chez nous que la moyenne québécoise, c'est-à-dire que non seulement il y a la présence des personnes âgées, mais les personnes âgées chez nous, il y a une tendance... même sur le plan statistique, il y a une concentration des gens beaucoup plus âgés 75 ans et plus.

On a fait référence, ce matin, aux engagements de divers partis politiques. Je me souviens très bien, comme si c'était hier, M. le ministre, la fermeture des hôpitaux en 1996, hein — d'ailleurs, c'était l'année de la naissance de ma fille, 1996 — sous la gouverne de M. Jean Rochon, ministre de la Santé, et j'avais participé aux débats sur la fermeture des hôpitaux.

Je me souviens très bien, M. le ministre, que le Dr Rochon avait promis un investissement majeur dans le maintien à domicile afin de rattraper la moyenne canadienne, et même, si mes souvenirs sont exacts, le Dr Rochon avait parlé du dépassement de la moyenne canadienne en ce qui concerne le Québec en termes d'investissement per capita en maintien à domicile.

Il avait expliqué d'ailleurs qu'on avait trop de lits d'hôpitaux, qu'il fallait fermer des hôpitaux, et, par la suite, ça dégagerait des ressources importantes pour le maintien à domicile — qui était sur papier, M. le ministre, je crois, un plan qui était fondé. On sait très bien que ce n'est pas bon d'être hospitalisé, que de passer un long séjour à l'hôpital n'est jamais idéal, toujours mieux de retourner les personnes dans leur milieu si, par contre, on a les ressources nécessaires dans la communauté pour les soutenir. Et le Dr Rochon avait mis la main sur le coeur pour nous dire que, effectivement, avec la fermeture des lits, fermeture des hôpitaux, que le Québec allait pouvoir investir massivement dans le maintien à domicile.

Il y a eu un petit problème, je crois, M. le ministre. Je crois très sincèrement que le Dr Rochon était complètement voué à ce plan. Mais j'ai comme l'impression — ce n'est qu'une impression — que peut-être le président du Conseil du trésor n'avait pas les mêmes idées, parce que, selon les analyses qui ont été faites dans les années passées, cet investissement massif n'a pas été fait en maintien à domicile, ce qui a beaucoup nui à la population du Québec. Ça a nui beaucoup au comté de Notre-Dame-de-Grâce avec, comme vous le savez, la fermeture du Queen Elizabeth Hospital, un bijou d'hôpital général, hein? On n'allait pas là pour faire la neurochirurgie, avec tout le respect que j'avais pour l'équipe médicale Queen Elizabeth, mais on allait

là pour des chirurgies plus... moins compliquées, des fractures.

J'ai été traité là, ils m'ont enlevé mon «appendix». Appendice? appendice en français, appendix in English, of course, very successfully; treated broken bones, all sorts of very, very excellent general medicine that happened there.

Mais, par la suite, l'investissement n'a pas été fait. Et d'ailleurs les listes d'attente pour le maintien à domicile étaient très longues dans Notre-Dame-de-Grâce; le CLSC a été interpellé à maintes reprises pour tenter de fournir plus de services, plus de services. Et, même à l'époque, j'avais beaucoup de plaintes au bureau de comté concernant la non-disponibilité des services en maintien à domicile.

Dans un premier temps, M. le ministre, pouvez-vous nous faire part des investissements faits depuis deux ans dans le système de maintien à domicile? Parce que je crois que c'est, en grande partie, l'avenir de notre système. Il ne faut pas laisser les gens à l'hôpital si ce n'est pas médicalement requis et il faut retourner les gens dans leur milieu quand on peut mais avec les ressources nécessaires.

Comme je vous dis, c'est une impression que j'avais que, pendant les années subséquentes aux fermetures d'hôpitaux, le gouvernement précédent n'avait pas respecté son engagement d'investir massivement dans le maintien à domicile, et je crois qu'on commence à rattraper un peu le temps perdu. Mais j'aimerais vous entendre là-dessus.

• (16 h 10) •

M. Couillard: Oui. Effectivement, M. le Président, vous soulevez des points historiques et des points actuels qui sont très importants. Moi, j'ai un immense respect pour le Dr Rochon, pour ses accomplissements pour le système de santé du Québec, autant avant que durant son engagement politique. Mais l'ensemble des analystes s'entendent pour dire que sa réforme essentielle a été littéralement torpillée par son gouvernement de l'époque. On se souviendra que celui qui était ministre de Finances à l'époque est devenu premier ministre, maintenant chef de l'opposition, et a à répondre de ces échecs auxquels vous faites allusion.

On se souviendra que le Vérificateur général, en 2001, avait sévèrement blâmé le gouvernement d'alors pour son laxisme et son improvisation en faisant un constat d'échec du virage ambulatoire et des services de soins et de maintien à domicile, pas parce que cette réforme, comme vous l'avez souligné, n'était pas justifiée, mais parce qu'elle ne s'était pas accompagnée d'investissements dans la communauté.

Par exemple, l'évolution des dépenses pour les personnes âgées en perte d'autonomie, compte tenu de l'inflation, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées, a diminué en termes réels de près de 4 %, entre 1995 et l'an 2001. Donc, on a diminué les investissements au lieu de même les maintenir pour les personnes âgées en perte d'autonomie pendant qu'on faisait le virage ambulatoire et qu'on fermait des institutions.

Pour les personnes âgées en hébergement, celles qui sont dans nos CHSLD, dont on parle depuis tantôt, l'augmentation réelle a été 2,2 % en sept ans. Donc, aucune prise en considération de l'alourdissement de la clientèle, du vieillissement de la population et du coût

des médicaments. Alors, comme vous voyez, on vient de loin.

Alors, il a fallu rétablir cette situation, d'autant plus que, comme vous le dites, on tire de la patte par rapport au reste du pays, au reste du Canada, où on considère, par exemple, que les services à domicile rejoignent un peu plus de 12 % des aînés chez nous alors que c'est 17 % ailleurs au Canada, où on constate également que les investissements par habitant sont moins élevés au Québec: 75 \$ environ, en 2000-2001, par rapport à 95 \$ au reste du Canada. Il faut dire cependant qu'il faut moduler cette appréciation parce que les coûts de main-d'œuvre au Québec sont plus bas que certaines autres provinces. Mais il n'en reste pas moins que l'effort a été insuffisant.

Et, ce qu'on a fait d'abord en 2003-2004, on a ajouté 50 millions — il faut rappeler que c'est des enveloppes récurrentes — dans l'enveloppe des personnes âgées en perte d'autonomie, dont, encore une fois, la majorité était dédiée aux services à domicile: 40 millions sur 50, si je me souviens bien, et 10 millions pour le rehaussement des heures en hébergement.

Cette année, on ajoute 67 millions, et j'ai expliqué la répartition tantôt: 50 pour les soins à domicile, le reste pour l'hébergement en CHSLD et les formules novatrices. Ce 67 millions, sur une base annualisée, l'an prochain va devenir 80 millions. Donc, sur une base annuelle — sur la base d'une année fiscale — c'est un ajout, là, de 130 millions sur deux ans, récurrent. Et là je pense qu'on vient de donner un sérieux coup de pouce et de rattraper le retard que le Québec avait pris.

C'est malheureux, parce que ce qu'avait fait le Dr Rochon à l'époque était justifié. Le virage ambulatoire s'est fait en retard au Québec par rapport à d'autres régions, et, malheureusement, les moyens n'ont pas suivi et, surtout, les moyens dans la communauté.

Prise en compte du profil démographique dans l'allocation des ressources pour les services de maintien à domicile

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, l'autre volet un peu de ma question, c'est la répartition de ces sommes-là. Je comprends qu'on ne peut pas rentrer dans les détails aujourd'hui: tel CLSC versus tel autre CLSC. Je comprends bien comment ça marche.

Par contre, ce que j'aimerais savoir de votre part est la suivante: Est-ce qu'on tient compte dans le profil populationnel des territoires... Je comprends qu'on tient compte des personnes âgées, qu'on le définit de façon générale à 65 ans et plus, je crois. Mais est-ce qu'on tient compte des personnes, mettons, 75 ans et plus ou 80 ans et plus?

Parce qu'il est une chose d'avoir un nombre de personnes âgées, mettons 1 000 ou 2 000 ou 3 000, à l'intérieur d'une population de CLSC, s'ils ont 66 ans, hein? Parce qu'on peut supposer... puis ce n'est pas général, mais on peut supposer, avec le vieillissement, que plus on vieillit plus on a besoin d'aide. Ce n'est pas une équation mathématique, mais les chances que quelqu'un à 80 ans a besoin du maintien à domicile, tous autres problèmes de santé confondus, sont plus élevées qu'à 66 ans. Et, ce que m'ont indiqué les autorités du CLSC, c'est que ce n'est pas tout à fait certain que les agences

tiennent compte de la présence d'une forte proportion des gens très âgés sur le territoire.

Alors, je ne sais pas si c'est exact ou si la formule de financement tient compte de l'âge par tranche de cinq ans ou 10 ans ou quelque chose qui est semblable et non pas simplement par tranche 65 ans et plus. Est-ce qu'on a une analyse plus fine de cette situation, en ce qui concerne le financement du maintien à domicile?

M. Couillard: D'abord, il faut mentionner que la majorité des personnes en perte d'autonomie au Québec sont des personnes âgées, mais il y a également une partie des personnes en perte d'autonomie qui sont plus jeunes. Vous le connaissez, on est allés l'autre jour dans un programme CARE, là, que vous connaissez très bien. Les gens victimes de sclérose en plaques, par exemple, qui ont des séquelles d'accident vasculaire cérébral ou de traumatisme crânien peuvent avoir des pertes d'autonomie sévères sans être des personnes âgées au sens technique du terme.

Maintenant, effectivement, oui, dans le nouveau mode d'allocation budgétaire, on utilise les critères populationnels modulés dont le profil démographique d'une région. Et c'est important de mentionner que cette allocation se fait du ministère à une région, et c'est à la région de faire son allocation de façon, si vous voulez, sous-régionale. Parce que j'expliquais, l'autre jour, à un de nos collègues qu'on parle souvent d'inéquité inter-régionale, mais il y a souvent des inéquités intra-régionales, parce qu'il est difficile de prendre en compte les différences de différents territoires, et la survenue pour cela des réseaux locaux de services va nous donner un outil de plus.

Parce que, prenez l'île de Montréal, par exemple, où on va passer de 56 territoires de CLSC à probablement 12 ou 13 établissements locaux. Alors là, on va avoir des territoires bien plus définis, de taille qui permet des analyses et qui permet des masses critiques sur le plan budgétaire, où on va pouvoir beaucoup mieux prendre en compte ces différences intrarégionales, parce qu'effectivement l'inéquité intrarégionale existe non seulement pour l'allocation des ressources, mais également pour les effectifs médicaux — on en a parlé l'autre jour.

Alors, pour répondre à votre question, ces éléments sont pris en compte au ministère dans les transferts aux régions. On s'attend à ce que les régions les prennent également en compte dans leurs affectations à l'intérieur de leurs régions.

Le Président (M. Copeman): Je note, M. le ministre, qu'avec la proposition de l'agence de créer une instance qui regroupe essentiellement le CLSC Notre-Dame-de-Grâce—Montréal-Ouest et le CLSC René Cassin que, sur l'île de Montréal, ce territoire d'instance va avoir la proportion la plus forte des personnes âgées au Québec dans son ensemble, et, si j'ai bien compris, vous indiquez que, de façon régionale, on devrait en tenir compte, des profils statistiques et populationnels aussi fins que la proportion des gens de 75 ans et plus. Je vais m'assurer auprès des autorités de l'agence qu'on fait le suivi nécessaire.

C'est parce que la question n'est pas anodine. Si le financement est uniforme pour les groupes d'âge 65 ans

et plus mais qu'il y a une concentration de 75 ans ou 80 ou 85 ans et plus dans un territoire d'instance locale, ça va avoir un impact sur les services donnés.

La population de Notre-Dame-de-Grâce est vieillissante. Les gens désirent rester chez eux le plus longtemps possible. C'est bon pour la personne, c'est bon pour l'État, c'est bon pour la communauté, c'est bon pour tout le monde. Il faut avoir les moyens de le faire, par contre, et je suis rassuré qu'on fait... que le gouvernement fait un investissement important dans le maintien à domicile, puis on va faire le suivi auprès de l'agence pour s'assurer que ces types de différences populationnelles seront pris en compte avec l'allocation des ressources.

M. Couillard: Puis, M. le Président, il y a d'autres éléments qui s'ajoutent à ça à prendre en compte. Il y a bien sûr le profil démographique et il y a le profil socio-économique, puisqu'on sait que la pauvreté est un des déterminants importants des besoins en santé, où, par exemple, dans le cas des services de première ligne pour la jeunesse, un indice comme le taux d'éclatement des familles, par exemple, devient particulièrement important à prendre en compte, et, oui, on s'attend à ce que l'autorité régionale suive ces indications, et je vous invite, comme député, à les suivre de près de ce côté.

Le Président (M. Copeman): Oui, je vais le faire, M. le ministre, parce que... Également, on a souvent l'impression que le comté de Notre-Dame-de-Grâce est un comté riche. Il est vrai que le revenu moyen dépasse la moyenne québécoise, mais il y a des poches de pauvreté très importantes dans notre comté, de plus en plus d'ailleurs, et je sais que c'est une préoccupation majeure des autorités du CLSC. Parce que le temps où Notre-Dame-de-Grâce était considéré riche et doué en face des ressources n'est plus le cas. Nous avons une banque alimentaire dans Notre-Dame-de-Grâce, depuis 10 ans. Alors, ça indique à quel point les besoins sont grands, puis, encore une fois, il est vrai que nous avons des quartiers où la valeur foncière dépasse largement celle de la moyenne montréalaise, mais nous avons des quartiers où c'est l'inverse également, et il faut s'assurer que ces gens-là reçoivent des services adéquats à leur situation si on veut augmenter la santé de tous les Québécois et Québécoises.

Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, la parole est à vous.

Mme Harel: Merci, M. le Président. J'essaie de retrouver dans le livre des crédits le total des rétributions qui ont été versées aux ressources intermédiaires qui sont justement des ressources privées complémentaires aux établissements.

● (16 h 20) ●

M. Couillard: On peut trouver ce renseignement, là, il doit être dans une autre ligne de crédit à l'intérieur de ça.

Total de la rétribution versée aux ressources intermédiaires en 2003-2004

Mme Harel: Alors, le montant total. Et j'aimerais aussi obtenir la moyenne de la rétribution que verse la

régie aux ressources intermédiaires qui accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie.

M. Couillard: Alors, on prend...

Mme Harel: La moyenne par jour.

M. Couillard: Alors, pourriez-vous répéter vos deux demandes pour être certain que les collègues en arrière...

Mme Harel: Très bien. Alors, la moyenne par jour, puisqu'on met un ticket, là, je voudrais en être sûre, je l'ai répété à quelques reprises et puis je n'ai pas été contredite, mais j'aimerais mieux me le faire confirmer, que cette rétribution des ressources intermédiaires qui accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie est de 9,13 \$ à 133 \$ par jour.

Et je voudrais avoir le montant global de la rétribution qui est versée aux ressources intermédiaires.

Alors, si on regarde cette rétribution quotidienne — 9,13 \$ par jour minimum — ça, c'est des personnes qui dans le fond ne connaissent pas une perte d'autonomie autre que celle d'avoir de la difficulté pour vaquer à des occupations comme l'épicerie et autres. Alors, pour 2001-2002 — je fais une parenthèse — j'ai le budget de rétribution, il était de 157 millions, et, pour 2002-2003, il était de 166 millions. J'aimerais avoir le budget de rétribution aux ressources intermédiaires qui inclut la contribution des usagers, me dit-on, là, pour les chiffres que j'ai pour 2001-2002, 2002-2003, alors, 2003-2004.

Parce que la question qui est incontournable est la suivante: À 9,13 \$ par jour, sur l'équivalent d'un mois, c'est donc autour de 300 \$ qui est versé par l'État aux ressources intermédiaires, donc l'équivalent de 3 600 \$ par année. Ça, c'est un minimum pour des personnes qui sont comme celles que vous décrivez, M. le ministre, c'est-à-dire souhaitent un environnement sécuritaire, sans avoir à faire leur épicerie, mais qui sont capables de se déplacer, de s'habiller, de manger seules. On me dit qu'on verse jusqu'à 100 \$ par jour, c'est-à-dire 100 \$ par jour, c'est 30 000 \$ par année et plus, autour de ça.

Alors, je repose la question: Dans vos ressources privées-privées d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie, puisqu'il n'y aura plus cette rétribution de l'État, ce sera donc laissé... Et ça ne comprend pas les soins, j'insiste là-dessus. Les soins que vous décriviez tantôt, ces soins de maintien à domicile ou d'infirmières auxiliaires ou d'infirmières et autres ne sont pas compris. Ça, c'est le gîte et l'hébergement dans les ressources intermédiaires qui sont supportés par l'État, puisque, ce que vous nous apprenez aujourd'hui, c'est que ce ne sera plus supporté par l'État, c'est la personne seule qui va devoir assumer ça. Ça veut donc dire que, pour une personne en très, très légère perte d'autonomie, c'est 3 600 \$ de plus, c'est-à-dire ce qu'on versait qu'on ne versera pas, et, pour une personne en très lourde perte d'autonomie, ce sera 30 000 \$.

M. Couillard: J'ai expliqué à de nombreuses reprises, puis je vais le dire encore une fois, que les services aux personnes sont défrayés par le réseau public, par le personnel du réseau public. Il ne s'agit pas de

projets privés-privés, il s'agit de partenariats entre partenaires qui peuvent être soit privés, soit communautaires, soit associatifs ou coopératifs, et le réseau public. C'est le réseau public qui prend en charge ces services, dont leur augmentation selon le degré de perte d'autonomie de la personne, ces services consistant en des services d'infirmières auxiliaires, de préposés et d'accompagnement-surveillance, compte tenu de l'intensité de la perte d'autonomie de la personne. Ce n'est pas différent, là. Je ne vois pas comment le dire autrement. Il n'y a rien qui change.

Mme Harel: Alors, les services aux personnes le sont-ils 24 heures par jour?

M. Couillard: Dépendant du degré d'autonomie de la personne. Mais, lorsqu'on est rendu à des services 24 heures par jour, là, par définition on est rendu à un niveau de perte d'autonomie très élevé, là. Ce n'est pas tout le monde qui a besoin de services 24 heures par jour.

Mme Harel: Mais je ne veux pas qu'on...

M. Couillard: Les gens qui approchent à ce niveau-là de perte d'autonomie, bien, souvent ils vont être dirigés vers un CHSLD, là, de toute évidence.

Mme Harel: Il ne faut pas jouer sur les mots, là, M. le ministre; c'est trop important, là, pour beaucoup de gens.

La première question: Les services aux personnes vont être dispensés par du personnel de cette ressource privée ou par du personnel de l'État?

M. Couillard: Les services à la personne sont donnés par l'État, par le réseau public, en partenariat avec le partenaire privé ou associatif, et comprennent les services d'infirmières auxiliaires, de préposés et l'accompagnement-surveillance qui, parfois dans les cas de perte cognitive, peut être nécessaire même s'il n'y a pas une grande perte d'autonomie par ailleurs, parfois de plusieurs heures par jour, et ça, c'est à évaluer au cas par cas, et le nombre maximum de personnes fixé dans ces unités-là est de 50. Donc, on ne parle pas d'immenses unités avec un grand nombre de personnes, on parle d'unités de 50 personnes qui vont avoir tout l'éventail des pertes d'autonomie, à partir de la perte d'autonomie minime modérée jusqu'à la perte d'autonomie qui s'approche de trois heures-soins par jour, seuil auquel de toute évidence il est préférable que la personne à ce moment-là soit en institution.

Mme Harel: Ce personnel dont vous nous parlez, c'est un personnel qui va être rattaché à un établissement?

M. Couillard: Excusez-moi. Je m'excuse.

Mme Harel: Le personnel dont vous nous parlez va être rattaché à un établissement?

M. Couillard: Le personnel qui donne les soins à domicile.

Mme Harel: Vous allez plus loin que les soins, là, vous nous parlez d'accompagnement aussi.

M. Couillard: Soins et accompagnement, là, je mets ça dans les soins à la personne, si nécessaires d'après le degré de perte d'autonomie de la personne, viennent de l'établissement public du territoire qui va être ici un réseau intégré de services.

Mme Harel: Alors, je vous repose le cas de ce pavillon près de LaSarre, puisqu'il n'y a pas de personnel la nuit. Alors, vous me dites que, quand il y aura des cas d'anxiété, comme ça se produit souvent, il pourrait y avoir du personnel de l'établissement qui soit offert pour faire en sorte que ce service, soit d'accompagnement aussi, soit offert la nuit.

M. Couillard: Là, on mélange les choses. Dans le cas de l'hôpital près de LaSarre, dont je ne connais pas les détails, on va faire la différence entre les gens qui ont une perte d'autonomie plus ou moins lourde, qui doivent rester en CHSLD, ou ceux sur lesquels... on va les diriger plutôt vers une ressource intermédiaire. Parce que, la ressource intermédiaire, ça demeure également une autre formule qui est disponible et qu'on n'a pas assez étendue au Québec.

Parce que, encore une fois, je le répète, notre problème, notre erreur historique au Québec en hébergement, c'est de ne pas avoir offert une gamme de solutions intermédiaires entre le séjour à domicile autonome et le CHSLD. Il n'y a tout simplement pas de choix pour les personnes âgées dans beaucoup de régions qu'être soit chez soi, soit au CHSLD. Donc, il faut étendre cette gamme de ce qu'on appelle l'hébergement non institutionnel.

Il faut également déplacer, développer plus de places en CHSLD, parce que c'est clair qu'avec le vieillissement de la population la mathématique montre que le nombre de personnes avec des pertes d'autonomie sévères va augmenter. Donc, il faut également qu'on augmente le nombre de places pour les CHSLD qui accueillent des personnes avec des soins de plus de trois heures par jour. Il faut faire ça entièrement.

Et, ce qu'on observe particulièrement, actuellement, quand on fait l'examen des programmes, des situations d'encombrement des hôpitaux dans certaines régions, on constate que le taux d'engorgement des hôpitaux est toujours lié au taux de personnes en attente d'hébergement dans les lits de soins aigus et que ce taux est lui-même en relation avec un manque de déploiement de soins à domicile et de ressources alternes d'hébergement. Parce que, par définition, le nombre de CHSLD est limité, donc les gens n'ont que le CHSLD comme porte de sortie de l'hôpital et ils attendent désespérément qu'une place se libère en CHSLD.

Alors, on doit, dans toutes les régions du Québec, prendre ce virage qui nous amène vers le développement de ressources d'hébergement non institutionnelles qui sont soit les ressources de type intermédiaire, soit ce type de projet novateur que je viens de décrire, qu'on évalue et qu'on développe avec prudence. Il n'y a quand même pas un grand nombre de projets. On en a pour 4 millions cette année et pour 8 millions l'an prochain; on va les évaluer également. Ça fait une douzaine de projets, on me dit, pour l'année, là; on ne parle pas de 150 projets d'un océan à l'autre. On va les examiner, puis j'inviterais même, si elle le veut, la députée à aller visiter en ma compagnie ces projets. Je pense qu'il y en

a un à Montmagny-L'Islet qui va bientôt pouvoir commencer à fonctionner, puis on pourra aller voir sur place ensemble de quoi ça a l'air sur le terrain pour ces personnes-là.

Et j'insiste qu'on doit faire ce virage-là parce qu'on approche dangereusement au Québec d'un seuil d'hébergement de personnes âgées beaucoup trop élevé, qui est insoutenable et qui n'est pas souhaité ni souhaitable pour les personnes âgées. Alors, c'est un simple bon sens d'aller dans cette direction-là avec une option continue de services entre le domicile et l'hôpital de soins prolongés pour les gens en profonde perte d'autonomie, qu'on ait des choix à offrir aux gens et pas non pas un choix unique qui est le CHSLD.

● (16 h 30) ●

Mme Harel: Je comprends, M. le ministre, que vous pouvez garantir aujourd'hui qu'aucune personne en perte d'autonomie et qui sera évaluée comme devant être en hébergement, quel que soit le type, là, d'hébergement, que ce soit en ressources institutionnelles ou en ressources non institutionnelles, que ce soit en ressources intermédiaires ou dans votre nouvelle ressource privée, mais aucune personne ne va avoir à payer au-delà de son — comment dire? — de son revenu actuel, c'est-à-dire dans la mesure où elle est uniquement... où elle obtient seulement une pension de vieillesse et un supplément de revenu garanti, aucune personne n'aura à déboursier plus que ce qu'elle reçoit, 750 \$, et qu'on lui laissera 150 \$, comme c'est la réglementation actuelle.

M. Couillard: ...clairement, M. le Président, c'est la chose suivante: les frais reliés au gîte et couvert doivent être comparables à ce qu'il en coûte actuellement dans le cadre de la contribution de l'adulte hébergé, donc similaire, pas de contribution plus élevée et les services, comme je l'indique, qui incluent le financement pour la surveillance 24 heures lorsque nécessaire qui sont déployés par le réseau public.

Mais encore une fois on va développer cette expérience au Québec comme d'autres pays l'ont fait avant nous, et j'invite l'ensemble des parlementaires à aller les voir. On va bientôt publier la note... la liste de ces projets-là, de ces unités-là, j'invite tout le monde à les visiter sur place. Ne pas incommoder les gens quand même qui vont y être, là, mais aller voir de quoi ça a l'air pour les gens sur place. Je peux vous dire que, dans Montmagny-L'Islet particulièrement, c'est quelque chose que les personnes âgées de la région accueillent avec énormément de plaisir, d'avoir cette option qui leur est offerte, et on ira ensemble l'évaluer.

Nous-mêmes, on va l'évaluer, M. le Président, là, c'est pour ça qu'on y va prudemment avec un déploiement de 12 projets en 2004-2005, l'évaluation de nouvelles propositions pendant l'année, le déploiement probablement de plus d'une vingtaine de projets en 2005-2006, avec un budget de fonctionnement qui va donc permettre le soutien des services et permettre l'augmentation de ce type de ressource d'hébergement, avec les ajustements en cours de chemin, si nécessaire. Mais le but qu'on recherche ici, c'est de permettre encore une fois aux personnes âgées de disposer d'une option supplémentaire qui leur est offerte lorsqu'ils sont en perte d'autonomie légère ou modérée, qui leur permet d'éviter d'avoir à aller au CHSLD, alors qu'ils ne devraient pas y

être. Et je pense que, là-dessus, je crois qu'on doit tous s'entendre, là.

Mme Harel: À quoi va servir le 4 millions de cette année et le 14 millions de l'an prochain?

M. Couillard: Alors, c'est 4 millions puis 8 millions. C'est 4 millions...

Mme Harel: Huit.

M. Couillard: Alors, le 4 millions et le 8 millions servent à payer ces services dont je parlais tantôt. Donc, on va financer pour ne pas qu'en réseau public ces services nous disent: Bien, écoutez, vous me demandez d'aller donner les services dans ce projet, là, qui vient d'ouvrir près de chez moi, mais je n'ai pas les moyens, moi, je n'ai pas les ressources pour donner ces services-là. Alors, on refinance spécifiquement ces services-là dans l'enveloppe du 4 millions pour les 12 projets. L'enveloppe de 8 millions sert à déployer... C'est de l'argent récurrent, en passant. Donc, l'enveloppe de 8 millions de 2005-2006 servira à payer les services pour les nouveaux projets qui auront vu le jour.

Et, moi, honnêtement, M. le Président, sans vouloir présager de l'avenir, on verra comment les choses se déploieront, je m'attends à un engouement important des personnes âgées partout au Québec pour cette option-là et l'apparition multiple sur notre territoire de projets semblables. D'ailleurs, à preuve, c'est le grand nombre de propositions qu'on a reçues de partenaires qui ne sont pas tous des entrepreneurs privés. La maison Carpe Diem, dont je parlais tantôt, a elle-même fait une proposition pour être un partenaire dans le cadre de ces projets-là. Et il y a de nombreux autres exemples au Québec, et je pense que c'est une bonne chose pour les personnes âgées.

Mme Harel: C'est que, M. le Président, il faut que le ministre constate, là, que toutes les personnes en ressources intermédiaires n'ont pas le bénéfice des services qu'il va presque donner en priorité à ces nouveaux projets de partenariat public-privé. Dans les ressources intermédiaires, je dois vous dire que, pour les avoir rencontrés, non pas simplement les porte-parole mais aussi avoir rencontré les employés et avoir rencontré des familles de patients, leurs récriminations, c'est qu'il n'y a pas les services adéquats pour les personnes hébergées. Là, le ministre annonce une nouvelle catégorie, là, d'hébergement pour laquelle il va réserver une partie importante des budgets, là, ou va consacrer une partie importante des budgets, alors sans doute va-t-il déplacer les ressources vers cette nouvelle catégorie d'hébergement. Bon.

Nombre prévu de nouvelles places pour l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie

Alors, écoutez, je pense que la question se pose, d'autant plus que la présidente du Conseil du trésor a annoncé de 3 000 à 5 000 places d'hébergement. Donc, le ministre nous dit: Il y a juste 12 projets pilotes, mais il y a derrière 3 000 à 5 000 places d'hébergement annoncées

dans le cadre de la réingénierie par la présidente du Conseil du trésor. Si ce n'est pas la même chose, peut-on nous dire en quoi c'est différent de l'annonce de la présidente du Conseil du trésor?

M. Couillard: Là, c'est deux choses, là, ce qu'on vient de mentionner. Puis je suis content de voir que la députée va s'associer à nous dans notre... je dirais, dans notre évaluation de cette formule cette année puis au cours des prochaines années. On parle de 3 000 à 5 000 places d'hébergement lourd, là, on parle de places de CHSLD. Je rappelle qu'il y a eu 4 000 places de fermées entre 1995 et 2000, il faut qu'on rattrape notre retard puis il faut qu'on les développe, ces places-là, selon les nouveaux critères, les nouveaux concepts architecturaux pour les personnes âgées, ce qu'on appelle les unités de milieu de vie ou les unités prothétiques en termes techniques. Je suis certain que la députée en a visité. C'est remarquable, ce qui se fait là.

Je donnais l'exemple de l'Ontario, parce qu'on sait que le Québec est endetté, là, de façon massive au Canada, autant en dette per capita qu'en pourcentage du PIB. Alors, pour développer ces places-là, il est certainement loisible d'explorer la question des partenariats public-privé. Mais là-dessus il n'y a aucune décision spécifique, il n'y a aucun projet qui demain est prêt à être fait. C'est complexe, cette question de partenariats public-privé. On le sait, d'autres pays en ont fait l'expérience, et en général ça a donné de très bons résultats.

Moi, écoutez, quand je suis allé en Ontario puis j'ai parlé aux collègues, puis que j'entends parler qu'on est capable là-bas, avec cette formule, de développer quelque chose comme 20 000 places en trois ans de nouvelles places d'hébergement lourd selon les critères modernes, avec des contrats de qualité de service, des contrats de pourcentage d'occupation, des méthodes d'inspection pour vérifier la qualité des services, bien je dois dire que je suis assez impressionné puis je me sens un petit peu, là, malheureux comme Québécois, là, quand je visite certains CHSLD puis qu'on a l'état de vétusté dans lequel on est actuellement, puis on en a parlé l'autre jour. Alors, je pense qu'il faut être ouvert à ces formules-là. Je répète qu'il y a de nombreux pays qui ne sont pas moins socialement avancés que nous, qui sont parfois même plus socialement avancés que nous, qui ont fait ces expériences et qui s'en sont félicités.

Maintenant, il faut agir avec prudence. Moi, ce que je dis des partenariats public-privé, c'est que c'est ni l'enfer ni le paradis. C'est-à-dire que ce n'est pas une catastrophe encore une fois, puis il faudrait arrêter de démoniser cette formule-là, mais ce n'est pas non plus une panacée qui va tout régler. C'est une façon essentiellement d'arriver à des objectifs de services en limitant l'endettement du Québec, en réalisant qu'on transforme souvent à ce moment-là une dépense d'immobilisations en dépense de fonctionnement. Alors, c'est ça foncièrement, un partenariat public-privé, et moi, je suis très ouvert à expérimenter avec cette formule-là et à rattraper en fait le retard qu'au Québec on a pris malheureusement en hébergement de soins de longue durée. Moi, je suis assez honteux quand j'entends parler des conditions d'hébergement en certains endroits, et j'espère qu'on va pouvoir y remédier le plus rapidement possible.

Montant prévu des immobilisations

Mme Harel: M. le Président, je vérifiais les crédits des années précédentes et je constatais que, dans les cahiers des crédits, les prédécesseurs du ministre indiquaient toujours les prévisions d'immobilisations. Notamment, là, je voudrais juste rappeler qu'il y a eu énormément d'investissements pour mettre à niveau des résidences de soins de longue durée qui étaient extrêmement vétustes. Ça, le ministre n'en parle jamais, là, mais il faudrait qu'il reconnaisse aussi qu'il y a eu un très, très, très gros effort durant les précédentes années pour mettre à niveau des établissements de longue durée qui étaient presque archaïques.

Alors, je ne comprends pas que le ministre hier ait pu me répondre que les immobilisations n'étaient pas vraiment connues encore. C'est toujours des prévisions, mais ce qu'on m'indique, c'est que, à chaque année, on transmettait lors de l'étude des crédits les prévisions, puisque les prévisions d'immobilisations sont présentées au Trésor à l'automne, et la réponse vient à l'automne aussi. Alors, le ministre a certainement une idée des immobilisations qu'il pourra faire durant la présente année.

M. Couillard: Non, je ne le sais pas encore, M. le Président. Si je le savais, je serais heureux de le dire aux membres de la commission. On devrait recevoir des précisions quant à notre montant d'immobilisations triennal vers l'automne. Étant donné cette impulsion de modernisation qui fait appel à la formule de partenariat public-privé, je suppose que le Conseil du trésor va vouloir dédier une partie des sommes d'immobilisations à ces formules, de sorte que, dès qu'on le saura, on le dira aux gens.

Parce que de toute évidence il y a des types de projets d'immobilisations qui ne sont pas vraiment éligibles au partenariat public-privé. Quand on parle d'agrandir une urgence ou de rénover un CHSLD, ce n'est pas nécessairement une bonne façon de faire que d'aller en partenariat public-privé, et ça, les expériences des autres des autres pays nous éclairent à ce sujet-là. Quand on parle de construire un nouvel édifice, même à la rigueur d'ajouter une aile à un édifice, là ça devient plus intéressant à considérer. Mais, pour tous les nombreux projets de rénovation de CHSLD, là, et d'agrandissement d'urgences, évidemment on évaluera les propositions, mais c'est probable qu'on va y aller en mode traditionnel pour la majorité de ceux-ci. J'indiquais l'autre jour qu'il y a pour environ 950 millions de dollars de projets qui ont passé, là, l'étape de la mise à l'étude et qui sont prêts théoriquement à l'exécution. Alors, il s'agit de voir ce qu'on peut faire.

● (16 h 40) ●

Maintenant, quand on a rendu la dette du Québec à l'endroit où elle est maintenant... C'est évident que, si on avait une dette publique par habitant comparable avec ce qui existe ailleurs au Canada, on aurait beaucoup plus de latitude à ce sujet-là. C'est vraiment alarmant, quand on voit les diagrammes des finances publiques, de voir où se situe le Québec en termes de dette per capita puis en termes de dette en pourcentage du PIB. Puis on pourrait dire de façon simpliste: Ce n'est pas grave, on a juste à s'endetter encore plus. Le problème — puis

Mme la députée le sait bien, qui a été au gouvernement — c'est que, si on s'endette au-delà d'un certain niveau, les agences de cotation vont commencer à regarder le Québec négativement et que, chaque fois qu'on a un commentaire négatif de ce côté-là, ça augmente notre coût en termes de coût d'emprunt sur les marchés financiers et ça finit par nous coûter plus cher. Alors, c'est... il faut être... malheureusement, il faut réaliser que notre marge de manoeuvre, étant donné l'augmentation de 13 milliards sur la dette des dernières années pendant qu'on avait le déficit zéro... bien ça réduit considérablement notre marge de manoeuvre, là. Notre capacité d'endettement, elle n'est plus tellement grande, on est pas mal rendu au niveau... au top niveau, comme disent les adolescents, là, et il n'y a pas beaucoup de place encore pour s'endetter.

Mme Harel: L'an dernier, dans les crédits du ministère de la Santé, on retrouvait des investissements qui étaient autorisés pour l'année 2003-2004. Alors, vous nous indiquiez comme immobilisations un montant récurrent de 40 millions et, comme nouvelle initiative, 40 millions. Alors, je comprends que cette année vous êtes en retard ou que le Conseil du trésor vous a refusé, mais je ne comprends pas comment ça se fait que vous n'avez plus aucune information à nous donner sur les immobilisations que vous voulez entreprendre dans l'année qui a déjà commencé depuis un mois et demi.

M. Couillard: Le montant de 40 millions auquel fait allusion la députée, c'est le montant de maintien des actifs. Et je suis heureux d'annoncer, comme ça a été déjà annoncé par notre sous-ministre adjoint, M. Malouin, dans une réunion, que le montant a été triplé. Après une entente avec le Conseil du trésor, on est passé de 40 à 120 millions, le montant pour le maintien des actifs, ce qui est une très bonne nouvelle parce que là également on a du retard, là. On a un parc immobilier au Québec, en services sociaux et santé, qui est de plusieurs milliards de dollars, on parle autour de 10 milliards de dollars, et il n'y a absolument... eu presque aucun entretien préventif ou maintien des actifs au cours des dernières années. Et là on arrive à des situations de vétusté qu'on est obligé de corriger où ça devient finalement moins cher de construire un nouvel hôpital que de réparer les dégâts qui se sont accumulés au fil des années, de sorte qu'avec ce programme de maintien des actifs on espère minimiser le recours à des constructions neuves, et je pense que c'est une bonne nouvelle.

Pour ce qui est du montant à engager pour des nouveaux projets d'immobilisations, bien je suis en attente, j'ai hâte qu'il me soit confirmé également. Et je suis certain que la présidente du Conseil du trésor travaille très fort là-dedans avec son collègue ministre des Finances, compte tenu des limitations que j'ai expliquées. Le niveau de la dette du Québec, il est vraiment préoccupant, M. le Président. Moi, comme citoyen québécois, là, quand je regarde ça, quand je regarde les graphiques de dette per capita ou par rapport au PIB, je ne suis pas particulièrement fier de ce qui est arrivé au cours des dernières années, là. Et malheureusement ça réduit singulièrement notre marge de manoeuvre.

Mme Harel: Je constate, M. le Président, que le Plan d'accélération des investissements publics, en

2002-2003, avait permis d'ajouter un montant de 100 millions aux investissements qui étaient déjà autorisés en 2001-2002. Alors, il y a eu quelques efforts antérieurs à l'arrivée du ministre de la Santé et des Services sociaux, et notamment cet immense effort qui a été de réduire un déficit annuel de 6 milliards de dollars par année à un déficit zéro. Alors, il faut imaginer l'effort qu'il y a derrière cette réussite.

M. le Président, je ne voudrais pas qu'on fasse revenir les gens de la Régie de l'assurance maladie du Québec, alors je vous proposerais qu'on puisse peut-être terminer avec la Régie de l'assurance... avec finalement l'étude des crédits de la Régie de l'assurance maladie. Mais je n'ai pas encore réponse à la question que j'ai posée, à savoir quel est quotidiennement le montant que la régie paie...

Une voix: ...

Mme Harel: Ce n'est pas la régie, hein?

Une voix: ...

Mme Harel: ...le ministère. Ce n'est pas la régie? Que le ministère alors alloue aux ressources intermédiaires qui font de l'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie.

M. Couillard: On est en train de le calculer derrière moi, là.

Mme Harel: Alors, moi, je prends mes informations dans les documents officiels. Je lis Régie de l'assurance maladie du Québec, contribution financière, ressources intermédiaires, et on y dit ceci: «Le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à la Régie de l'assurance maladie l'application de la réglementation visant la contribution des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire.»

(Consultation)

M. Couillard: On est en train de calculer à toute vitesse en arrière de moi, M. le Président.

Mme Harel: Bon. Alors donc, c'était une des questions.

M. Couillard: Et on revient demain également, donc si par hasard on n'a pas... On me dit que, demain après-midi, on aura le chiffre.

Mme Harel: Bon. Comme on revient demain, nous n'avons pas obtenu la réponse aux plaintes qui ont été acheminées au ministère pour régie régionale. On nous avait dit que ce serait sous pli séparé, on ne l'a jamais reçu. Alors, comme nous voulons aborder la question des plaintes des usagers, alors il serait utile de recevoir cette information.

Résultats d'une étude sur le portail de la RAMQ

Je voulais également obtenir de la régie l'information concernant une étude sur le portail de la régie. Ça

me semble être une étude intéressante. Alors, quelle en a été la conclusion? Et est-ce que cette étude est disponible? C'est l'étude du potentiel d'utilisation du portail de la Régie et de la section du programme d'assurance médicaments.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, en avez-vous beaucoup pour la Régie? Parce que, si oui, je vais aller à ma droite pour revenir chez vous. Si vous n'avez pas longtemps sur la Régie, on peut continuer quelques minutes, là, mais...

Mme Harel: Peut-être quelques minutes...

Le Président (M. Copeman): O.K. Allez-y.

Mme Harel: ...et on pourrait les libérer par la suite.

Le Président (M. Copeman): Oui. Alors, je crois qu'il y a une question posée, et M. Roy désire intervenir.

M. Couillard: Est-ce que le consentement donné ce matin est perpétuel?

Le Président (M. Copeman): Ça vaut pour la journée. Pas perpétuel, mais ça vaut jusqu'à 18 h 35 précisément. M. le président-directeur général.

Total de la rétribution versée aux ressources intermédiaires en 2003-2004 (suite)

M. Roy (Pierre): Je prends note, M. le Président. Juste un mot, si vous me le permettez, sur les ressources intermédiaires. Vous avez bien cité la réglementation, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, qui prévoit que la Régie de l'assurance maladie calcule la contribution des personnes qui sont en ressources intermédiaires, mais la rétribution des ressources intermédiaires est une responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Je puis vous dire qu'actuellement, d'après, je dirais, les données de la Régie, il y a 8 445 personnes en ressources intermédiaires qui contribuent pour un montant de l'ordre de 5,2 millions par mois, donc une soixantaine de millions par année. C'est la contribution des personnes en ressources intermédiaires, qui sont pour la plupart des prestataires d'assistance-emploi, qui est gérée par la Régie de l'assurance maladie. Maintenant, pour ce qui est de votre question spécifique, quel est le montant total de la rétribution versée aux ressources intermédiaires? Je suis personnellement dans l'impossibilité de vous répondre.

Résultats d'une étude sur le portail de la RAMQ (suite)

En ce qui concerne le portail de la Régie, effectivement l'étude en question pourra être rendue disponible si vous le souhaitez. Il s'agissait de voir dans quelle mesure on pouvait rendre le site de la Régie de l'assurance maladie, et en particulier la section sur l'assurance médicaments, plus convivial, plus explicite, et ça a été fait. Effectivement, depuis un mois... une couple de mois, le site Internet de la Régie de l'assurance maladie, sur le

volet assurance médicaments, a été complètement refait; on a essayé évidemment de le rendre plus accessible. On sait que le régime d'assurance médicaments est très complexe. Alors, on a des sections, je dirais, un peu standard comme on retrouve dans différents sites Internet, c'est-à-dire expliquer le régime, expliquer la partie publique, faire des liens éventuellement avec la partie privée. On a même intégré dans le site un module qui permet au citoyen de déterminer s'il est admissible ou pas au régime d'assurance médicaments pour la partie publique ou s'il doit s'adresser à son assureur privé. Donc, l'objectif de l'étude en question était effectivement d'essayer de voir dans quelle mesure on pouvait rendre le site plus convivial, plus facilement accessible, et surtout permettre de répondre aux questions que les citoyens se posent en regard du régime d'assurance médicaments.

Nombre d'effectifs affectés à la carte santé au 31 mars 2004

Mme Harel: Je vous remercie pour ces informations. Peut-être en vrac, là, pour que vous puissiez y répondre, la carte santé, la question posée, c'était le nombre d'effectifs affectés à la carte santé au 31 mars, et la réponse, ça a été: «Il n'y a aucun effectif affecté à la carte santé.» Alors, c'est donc dire que la carte santé, là, c'est mis de côté. C'est ce qu'on doit comprendre?

M. Couillard: Je vais répondre. Alors, M. le Président — et je l'avais dit l'an passé — ce n'était pas une bonne idée, ce projet de carte à puce, là, avec tout l'argent qu'on y a mis parce qu'on était en train de développer la clé d'une maison dont on ignorait même les fondations. Alors, nous, ce qu'on a fait, c'est qu'on a plutôt basé le plan d'informatisation du réseau de la santé sur les besoins cliniques et non pas uniquement les besoins administratifs — de quoi le médecin a-t-il besoin pour disposer de renseignements rapides pour améliorer la rapidité des soins donnés à sa clientèle — et on s'est inspiré pour cela, je le mentionnais — et M. le député de Vimont, qui est là, pourra en témoigner — d'un projet comme le projet SI-RIL à Laval, qui est soumis pour étude à Inforoute Santé Canada, dans lequel il n'est aucunement nécessaire d'avoir la carte à puce, hein, ce n'est pas quelque chose qui est nécessaire du tout. C'était, à mon avis, malheureusement prématuré d'entreprendre des travaux de cette hauteur-là sans qu'on ait auparavant fait une réflexion réelle sur la façon dont on voulait informatiser le réseau de la santé, sur la circulation des informations et sur les besoins cliniques — et c'est ça qui est important — les besoins cliniques qu'on voulait remplir.

● (16 h 50) ●

Nous avons fait cette réflexion, nous avons développé notre plan d'architecture informatique. Nous avons constaté que la carte à puce en question est loin d'être un élément essentiel pour son développement et donc nous procédons, comme je l'ai indiqué plus tôt lors de l'étude des crédits, par entente, nous l'espérons, donc avec Inforoute Santé Canada et cofinancement du déploiement le plus rapide possible de ce système informatique de type de celui qui existe à Laval pour les réseaux intégrés de santé au Québec qui va grandement améliorer la fluidité. C'était également une des constatations de l'article

du *Figaro* qui parlait de l'OCDE, de la rencontre de l'OCDE sur les systèmes de santé; parmi les éléments, bon, le contrôle du coût des médicaments, l'impact du vieillissement, les effectifs médicaux et la nécessité d'avoir un dossier médical informatisé qui circule bien dans le but d'accroître la fluidité puis la continuité des services. Donc, c'est un... je pense que c'est une préoccupation sur laquelle l'ensemble de la population et des systèmes de santé s'entendent. Moi, je répète que malheureusement il y a eu beaucoup de millions de dollars dépensés dans cette évaluation de carte à puce et ce n'était pas, rétrospectivement, une bonne décision.

Contenu de l'étude intitulée *Élaboration d'un dossier d'affaires pour la mise en place de la banque de données nationale pour les personnes hébergées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée*

Mme Harel: M. le Président, je voudrais revenir au président de la Régie de l'assurance maladie, parce qu'on aura l'occasion, j'espère, avant la fin de nos travaux, de revenir sur l'ensemble de la politique d'informatisation.

Dans les rapports que vous nous avez remis... dans les réponses plutôt, il y en a une concernant les... je crois que ce sont les études qui ont été effectuées. Une en particulier me semble intéressante pour les membres de la commission et moi-même, ça s'intitule *Élaboration d'un dossier d'affaires pour la mise en place de la banque de données nationale pour les personnes hébergées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée*. En quoi ça constitue... disons, de quoi est-ce que c'est... ces élaborations portent sur quoi? Le dossier d'affaires pour qui?

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

M. Roy (Pierre): Merci, M. le Président. Il s'agit de la mise en place de ce qu'on appelle le SICHELD, le Système d'information sur la clientèle hébergée en longue durée, qui est un projet qui est en développement depuis un certain nombre d'années déjà dans le réseau de la santé, et la Régie de l'assurance maladie s'est vu confier le mandat d'assumer la gestion de la banque centrale. Comme elle le gère déjà pour un certain nombre de programmes, que ce soit en CLSC ou en protection de la jeunesse, alors le ministère a confié à la régie le soin de gérer la banque centrale d'information reliée au projet SICHELD.

Mme Harel: Ce projet concerne des personnes hébergées dans des centres d'hébergement publics, privés, ressources intermédiaires et éventuellement ressources PPP?

M. Roy (Pierre): Il s'agit essentiellement, Mme la députée, des clientèles hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en CHSLD.

Mme Harel: Très bien. Alors, je vous remercie.

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

M. Marsan: Juste un petit mot pour vous remercier puis prendre peut-être l'occasion pour remercier de l'excellent travail qui est accompli par la Régie de l'assurance maladie du Québec. C'est une organisation dont nous sommes tous très, très fiers. Vous avez su au fil des ans remonter des défis pas nécessairement faciles, mais avec beaucoup de brio et beaucoup de bons résultats. Alors, à vous, à votre équipe et à tout le personnel qui compose la Régie de l'assurance maladie du Québec, on peut vous dire un gros merci.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le député de Robert-Baldwin. M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Bernard: Merci, M. le Président. En premier lieu, permettez-moi de vous saluer, de saluer M. le ministre et les gens qui l'accompagnent, et de saluer tous mes collègues et confrères parlementaires qui sont ici aujourd'hui.

Je profite de l'occasion pour, premièrement, remercier M. le ministre pour son appui qu'il a donné à la région au cours de la première année de mon mandat. Parce que, avec l'arrivée au pouvoir, il y avait beaucoup de travail à faire dans mon comté, et M. le ministre et son équipe ont répondu favorablement à plusieurs de mes appels au cours de cette première année.

Je tiens également, M. le Président, à féliciter toutes les travailleuses et les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, qui ont accompli un travail exceptionnel au cours des dernières années. Et à cet égard, entre autres, je tiens premièrement à les féliciter parce que c'est une région où, à part un établissement particulier, nous avons atteint l'équilibre budgétaire dans tous nos établissements. Et, quand on sait l'effort que ça a exigé dans les contraintes budgétaires qu'elles étaient, où elles avaient été confinées, c'est un travail exceptionnel qu'elles ont réalisé. Et à cet égard-là je tiens à souligner leur travail, parce que réussir ça, c'est un travail d'équipe, et ils l'ont très bien réussi.

L'autre sujet que j'aimerais beaucoup les féliciter aussi, c'est au travail qu'ils ont fait pour l'élaboration des réseaux locaux de santé et des services sociaux que notre gouvernement a créés suite... avec les projets de loi n^{os} 25 et 30. Je tiens à souligner que notre région est très innovatrice, et à cet égard il y avait déjà deux réseaux locaux qui existaient, Mme la Présidente, et il n'y en avait que quatre à créer. Et les consultations se sont déroulées très bien, l'agence a fait un travail exceptionnel de concertation et de consultation, et la mise en place des quatre nouveaux réseaux se fera dans l'harmonie et avec le support de tous les intervenants du réseau, et ça, malgré souvent les craintes surtout soulevées par l'opposition à cet égard-là.

Je désirerais également rappeler aux gens que nous autres, dans notre secteur, on a parlé précédemment beaucoup d'équité interrégionale, mais également d'équité intrarégionale, parce que, en Abitibi-Témiscamingue, on a un centre hospitalier régional qui est éclaté, c'est-à-dire qu'il est en quatre établissements, chacun ayant des spécificités régionales, qui fait que les gens ont beaucoup... sont appelés à voyager beaucoup à l'intérieur de la région. Et à cet égard les gens sont innovateurs, mais, pour pallier aux contraintes de déplacement, il y a beaucoup

de travail à faire à cet égard, et c'est un des défis auxquels j'aurai à relever au cours des prochaines années avec les gens de l'agence régionale.

Je vous disais qu'est-ce que... une des choses, je suis fier de la région, c'est qu'elle était très innovatrice, puis, juste à preuve d'exemple, je vais vous rappeler quelques... disons, les actualités des dernières semaines. Les gens doivent se rappeler, entre autres, qu'il y a eu un reportage récemment sur les troubles d'invasion du développement, qu'on appelle souvent les TED, mais également les autistes. La région a mis sur pied... actuellement est en train de mettre sur pied un groupe de travail et de formation sur les autistes. Il y a eu un reportage à Radio-Canada à cet égard récemment. Mon collègue ici, le député de Vimont, a pu voir les gens à l'oeuvre à Laval tout récemment.

Il y a également eu le projet qui est sur pied... le projet pilote d'infirmière praticienne que la région tente de mettre sur pied, et à cet égard je remercie le ministre qui donne son appui à ce projet-là. C'est un projet que tout Rouyn-Noranda... les gens se sont mis en arrière, tant médecins que les gens du réseau, pour amener ce projet pilote. Et le ministre appuie ce projet, et ça, ça va aller encore une fois dans l'amélioration des soins.

Et un autre sujet qui a fait l'actualité, c'est un projet de télémédecine dans notre région, dans le secteur de Ville-Marie, au Centre de santé Sainte-Famille. C'est un projet de télémédecine avec les communautés autochtones de la région, et ce projet-là de télémédecine a gagné un prix à l'Association des CLSC et CHSLD du Québec tout récemment pour son projet novateur. Le projet également a été... Le reportage a été diffusé, et le centre de santé a été contacté par des gens d'Afrique et d'Asie pour la mise en place de projets similaires.

Alors, tout ça pour dire que je rends hommage à tous les gens qui travaillent dans la région dans un contexte difficile, parce que, comme vous le savez, avant qu'on prenne le pouvoir, on parlait de très loin. On parlait de très loin parce que le réseau de la santé n'avait pas eu le support du précédent gouvernement qu'il exigeait. Exigeait en termes de développement, en termes de financement, et les régions ont passablement écopé de cette situation-là, puis je tiens à le rappeler ici. Si on se rappelle, entre autres, le gel des inscriptions en facultés de médecine et la mise à pied du personnel, tant des médecins que les personnels infirmiers, ça a eu des impacts majeurs en région. Et cet impact-là se reflète encore actuellement, que la région, les effectifs d'omnipraticiens sont en manque de 17 %, et la situation va prendre du temps à se corriger. Puis je vais revenir là-dessus à cet égard-là.

Déjà, il y a eu un pas de fait de la part de notre gouvernement pour avoir une entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens. Puis ça, c'est un pas dans la bonne direction, mais honnêtement ça ne règlera pas tout parce qu'une des difficultés que l'on vit — puis je vais vous donner un cas précis, c'est au niveau de Centre de santé Sainte-Famille — une des problématiques, les médecins souvent ne demeurent pas parce que les conjoints n'ont pas d'emploi. Comme Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve l'a souligné ce matin, le visage des médecins a changé. Il y a beaucoup plus de femmes maintenant, et maintenant aussi souvent les couples qui s'en viennent dans la région sont des professionnels. Puis,

moi, j'ai eu des cas particuliers au Centre de santé Sainte-Famille puis également à Rouyn-Noranda que les médecins sont venus pour deux ans, mais le conjoint ne s'est pas trouvé de travail, et ils ont quitté pour retourner dans les grands centres. Parce que, pour un médecin, c'est facile de se replacer dans les grands centres, et souvent les conjoints, c'est plus facile d'avoir un emploi dans les grands centres. Alors, il va falloir travailler sur cette piste-là, nous n'avons pas le choix. Puis ça, je suis prêt à discuter de la situation avec M. le ministre à cet égard-là, parce que, entre autres au Centre de santé Sainte-famille, actuellement les effectifs de médecins ne sont qu'à 50 %. Et c'est une pression énorme pour ceux qui sont encore en poste, et il va falloir travailler à l'amélioration des conditions et également pour ramener beaucoup plus de médecins.

● (17 heures) ●

Si vous me le permettez, M. le Président, j'aimerais, s'il vous plaît, parler de la promesse électorale, comme on dit, qui était d'amener 750 nouveaux médecins dans le réseau de la santé. Et les propos qui étaient tenus par les gens de l'opposition ce matin laissaient vraiment entrevoir à la population qu'on n'était pas en train de remplir notre promesse, puis ça, je veux ramener ce point-là parce que les propos ont été faits pour, je dirais, un peu tromper la population. Puis pour bien expliquer...

Une voix: ...

M. Bernard: Un peu. Un peu, M. le Président. Pas complètement, mais un peu. Mais, pour bien expliquer, M. le Président, à la population qui nous écoute qu'est-ce qu'il en est...

Le Président (M. Copeman): Avez-vous une question de règlement, Mme la députée de...

Mme Charest (Rimouski): Oui, l'article 32, M. le Président, on n'impute pas des motifs aux députés.

M. Bernard: Je ne les dirai plus. Je m'excuse, M. le Président, je retire ces propos-là.

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

M. Bernard: Alors, pour expliquer à la population, supposons qu'aujourd'hui on crée deux nouvelles facultés de médecine, celle du Parti québécois et celle du Parti libéral. Le Parti québécois, à sa première année, a 200 inscriptions en médecine. O.K.? La deuxième année, à ce moment-là les étudiants de première année s'en vont en deuxième année, alors nous avons 200 étudiants en deuxième année et 200 nouvelles inscriptions, pour 400 étudiants — est-ce que ça vous va, M. le Président? — et ainsi de suite jusqu'après cinq ans que chaque groupe d'étudiants atteint l'année supplémentaire. Donc, après cinq ans, nous avons 1 000 étudiants en médecine. Est-ce que vous êtes d'accord avec ça, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Absolument.

M. Bernard: Merci, M. le Président. Mais imaginez-vous maintenant...

Le Président (M. Copeman): Par ailleurs, M. le député et Mme la députée, c'est l'article 35 et non pas 32, pour votre référence personnelle. Allez-y, M. le député.

M. Bernard: Alors, imaginez-vous maintenant que nous avons la faculté de médecine du Parti libéral qui, elle, à sa première année, a 350 étudiants en médecine au lieu d'en avoir 200. Nous en avons 150 supplémentaires, vous en convenez, qui était de notre engagement que nous avons dans notre programme. En deuxième année, donc ces 350 premiers étudiants là s'en vont en deuxième année, et il en rentre 350 nouveaux, et nous en avons donc 700 — ça va? — et ainsi de suite jusqu'à la cinquième année. Donc, après cinq ans, la faculté de médecine du Parti libéral va avoir 1 750 étudiants. Est-ce que vous en convenez, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Je n'ai jamais été très fort en math, M. le député...

M. Bernard: Mais je peux faire l'addition avec vous si vous voulez.

Le Président (M. Copeman): ...mais je vous fais confiance.

M. Bernard: Alors, tout ça pour dire...

Le Président (M. Copeman): En vertu de l'article 35, il faut prendre la parole du député. Alors, oui...

M. Bernard: Merci, M. le Président. Tout ça pour dire qu'après la cinquième année la faculté de médecine du Parti libéral va avoir 1 750 étudiants comparativement à celle du Parti québécois qui en a 1 000, d'où nos 750 étudiants supplémentaires. Alors, ça prouve que la faculté de médecine du Parti libéral est beaucoup plus performante que celle du Parti québécois à cet égard.

Usage et déploiement d'appareils de tomographie par émission de positons

Ceci m'emmène, M. le Président, à nous ramener à mon sujet maintenant que je voudrais discuter avec M. le ministre puis que nous avons parlé... pas encore vraiment abordé, mais qui touche le secteur de la santé, c'est celui des équipements, surtout à la fine pointe, les nouvelles technologies, qui est un sujet très important et qui souvent engage des coûts importants au niveau du réseau de la santé. Il y a quelques semaines, les gens de l'opposition, entre autres, ils ont parlé d'un équipement qui est très intéressant qui est la tomographie par émission de positons, les fameux TEP. On se rappelle que les gens de l'opposition ont ramené un sujet concernant le Centre hospitalier de l'Université de Montréal à cet égard-là, mais depuis on en a entendu très peu parler. Mais nonobstant qu'est-ce qui s'est passé antérieurement, c'est un équipement qui est quand même très important dans le réseau de la santé, et j'aimerais beaucoup... puis qu'on va probablement déployer encore plus au cours des prochaines années. Alors, M. le Président, j'aimerais demander à M. le ministre quelle est la situation actuelle relativement à la tomographie par émission de positons actuellement au Québec.

Le Président (M. Copeman): Je suis content que je n'aie pas à répondre à cette question. Alors, M. le ministre de la Santé et des services sociaux.

M. Couillard: Et puis c'est très important de choisir son abréviation, M. le Président, parce que, si on prend l'abréviation tomographie par émission de positons, c'est beaucoup mieux que d'utiliser Positron Emission Tomography quand on choisit l'abrégié. Je me permets de soulever cette question pour votre réflexion.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Alors, il s'agit exactement d'une technologie qui n'est pas nouvelle, ça existe depuis des années. Moi, quand j'étais résident au début des années quatre-vingt, il y en avait une, machine, déjà à l'Institut neurologique. Mais c'est un outil diagnostique qui s'est vu complètement transformé et qui a vu son utilité s'accroître. Au début, c'était un outil de recherche de façon à mesurer le métabolisme cérébral. C'est pour ça que le premier appareil au Québec a été implanté à l'Hôpital neurologique de Montréal. En gros, il s'agit d'injecter une substance radioactive à une personne. Cette substance radioactive dans l'organe qu'on étudie provoque une interaction chimique entre un positron et un électron, la matière et l'antimatière — je trouve ça absolument fantastique de penser à ça — et là il y a deux photons qui sont dégagés à 180 degrés puis qui créent un événement détecté par un ordinateur et la reconstitution de l'image. Alors, ça permet maintenant... Les progrès de l'imagerie et de l'informatique ont permis d'étendre l'indication de cette technologie-là au suivi du cancer. J'utilise le mot «suivi» de façon précise, et on verra pourquoi tantôt.

Pour avoir cet appareil, on a besoin d'abord d'une caméra, qui est l'appareil qui prend la photo si vous voulez, et on a besoin d'un instrument qui produit l'isotope en question, qui s'appelle un cyclotron. Alors, le cyclotron, c'est un gros appareil qui permet de produire l'isotope. On n'a pas besoin d'avoir un cyclotron à chaque endroit où on a une caméra de positons, on peut obtenir l'isotope par contrat auprès d'une autre institution.

Alors, quand on a vu l'indication augmenter rapidement dans cette technologie-là, dans le domaine du cancer du poumon particulièrement... Je veux donner un exemple concret pour les gens qui nous écoutent. Souvent, on se fait dire par son médecin qu'on a une tache sur le poumon, un petit nodule pulmonaire, et il y a toujours beaucoup d'incertitude quant à la nature de ce nodule-là, est-ce que c'est un cancer ou c'est juste une cicatrice. Et souvent les gens vivent dans l'inquiétude et parfois ont besoin même de chirurgie pour qu'on obtienne le diagnostic. Alors, cette technologie de positons permet d'éviter, dans ces cas de nodules pulmonaires, le recours trop fréquent à la chirurgie, puisqu'il permet de départager ceux qui sont véritablement suspects de ceux qui sont fort probablement bénins. C'est pour ça que je disais tantôt qu'il faut être prudent dans l'évaluation d'une nouvelle technologie et le choix des mots, et que j'ai mentionné le mot «suivi», ce n'est pas une technologie qui est actuellement reconnue pour le diagnostic de base et le dépistage du cancer. Je le dis parce que, lorsqu'il y a une nouvelle technologie, la tentation est

toujours grande d'en étendre les indications sans vraiment s'appuyer sur des bases scientifiques.

Alors, une fois qu'on a assisté à l'augmentation des indications, il y a eu un comité qui a été formé entre les spécialistes de cette question, la Fédération des médecins spécialistes, et le ministère de la Santé, et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, qui évalue qu'il faudrait actuellement 10 à 12 caméras éventuellement au Québec. Il y en a actuellement deux à Sherbrooke, plus une pour l'expérimentation animale, une à l'Hôpital neurologique et une à l'Hôtel-Dieu de Montréal dont on a parlé au cours des dernières semaines. Il faut également prévoir donc le coût de fonctionnement de cet appareil-là, puisque le coût pour la production d'un examen, le coût unitaire d'un examen est de 700 \$ si on a un cyclotron. Si on n'a pas de cyclotron et qu'on est obligé d'acheter l'isotope à un autre centre, c'est 847 \$. Donc, on voit qu'il s'agit d'exams assez coûteux.

Donc, on a annoncé, suite à la controverse qui a entouré la situation à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le déploiement... la première phase du déploiement de cette technologie au Québec avec l'acquisition d'un appareil pour Québec au Centre hospitalier universitaire de Québec et on sait également qu'à Montréal la Fondation Saku Koivu, à l'Hôpital général, est en voie d'acquisition d'un appareil de façon à ce qu'on prévoit procéder à des examens, environ 5 000 examens au Québec dans cette première phase, avec 700 \$ par examen en gros, donc 3,5 millions de dollars de coûts de fonctionnement qui sont prévus et qui seront financés. Cette première phase ne mène pas automatiquement aux phases suivantes, mais probablement. Mais pas automatiquement parce qu'on va faire l'évaluation des retombées de cette technologie en termes pratiques pour la clientèle et en termes de gains d'efficacité et de rapidité de diagnostic pour les patients. Si effectivement il s'avère que c'est une technologie dont le déploiement doit être poursuivi, la deuxième phase va permettre le déploiement de la technologie dans d'autres hôpitaux urbains qui ne sont pas des CHU et également dans les pôles régionaux, dont, par exemple, l'hôpital de Rimouski, l'hôpital régional de Rimouski. Je vois la députée de Rimouski qui est avec nous actuellement, puis je me souviens qu'un jour elle m'a posé une question à l'Assemblée nationale sur la question.

Donc, on a un plan rationnel de déploiement qui commence au niveau des hôpitaux universitaires, comme ce doit être, qui est accompagné d'un budget de fonctionnement, qui est accompagné d'une phase d'évaluation et de deuxième et troisième phases de déploiement qui devraient nous permettre sur cet espace de probablement deux ou trois ans, si toutes les phases se succèdent les unes aux autres, de donner au Québec la capacité de diagnostic qu'il doit avoir compte tenu du fait, il faut le mentionner, pour les citoyens qui nous occupent, que nous sommes déjà en position enviable par rapport à ailleurs au Canada. Il y a des provinces qui sont à toutes fins pratiques démunies de cette technologie, alors que nous en avons déjà quelques-unes au Québec. Alors, c'est essentiellement, M. le Président, de cette façon que nous entendons combler les besoins du Québec en cette matière donc de la tomographie par émission de positrons.

Le Président (M. Copeman): Il reste quelques minutes dans ce bloc, M. le député. Allez-y.

● (17 h 10) ●

M. Bernard: Merci, M. le Président. M. le Président, le ministre a parlé d'évaluation puis d'un déploiement en trois phases. Est-ce qu'il va y avoir un comité de mis sur pied pour faire l'évaluation du déploiement de la technologie? Puis quel est-il exactement, M. le ministre?

M. Couillard: Alors, le comité... va exister, va inclure l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, l'AETMIS, puis s'appuie pas seulement sur l'expérience québécoise, s'appuie également sur le développement de l'expérience internationale dans le domaine. Parce qu'on sait qu'actuellement il y a des études en cours, il y a un programme de recherche en Ontario particulièrement, dans quatre centres, pour déterminer quelles sont les indications réelles de la technologie. Et encore une fois il faut être prudent, et je l'ai vu plusieurs fois dans ma carrière médicale; lorsqu'une nouvelle technologie apparaît, on en fait une utilisation débridée, entre guillemets, cherchant les indications pour le nouvel appareil, alors que, si on se base sur la littérature disponible, le nombre d'indications est relativement restreint actuellement, et il faut suivre le développement de l'évaluation scientifique.

Ce qui est certain et qu'il faut dire également, c'est que les questionnements actuels laissent entendre que cette technologie n'est pas une technologie de première ligne en diagnostic. Donc, en bref, pour les citoyens qui nous écoutent, on ne va pas chez son docteur parce qu'on est inquiet de savoir si on a le cancer pour avoir un examen de tomographie par émission de positrons, il y a d'autres moyens de dépistage qui sont beaucoup plus efficaces que ça. Mais c'est une technologie par contre qui semble faire ses preuves dans certaines situations, notamment les nodules pulmonaires dont j'ai parlé, parce que ça permet de changer de façon très importante le plan de traitement pour la personne. Donc, une chirurgie versus pas de chirurgie, et pour ça c'est très utile. Donc, on veut donc évaluer cette technologie non seulement par nos propres moyens, mais également en se basant sur l'expérience d'autres provinces canadiennes et d'autres pays pour qu'on s'appuie toujours effectivement sur la question de l'évidence scientifique probante et disponible.

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

M. Bernard: Oui. Merci, M. le Président. Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Copeman): Quelqu'un à ma gauche? Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette.

Santé et aînés

Discussion générale (suite)

Mme Harel: M. le Président, je voudrais revenir sur toutes les questions relatives aux personnes aînées. Est-ce que la présidente du Conseil des aînés — je comprends que le dossier aînés relève du ministre de la Santé et des Services sociaux — est-ce que la présidente du

Conseil des aînés sera des nôtres à l'occasion de l'étude des crédits? Et du conseil... et du secrétariat?

M. Couillard: Il s'agissait, dans le cas de l'OPHQ, de la RAMQ, de programmes. Ici, le Conseil des aînés, ce n'est pas un programme budgétaire. Je suis tout à fait disposé à répondre à vos questions sur le Conseil des aînés puis la situation des aînés.

Mme Harel: Pardon?

M. Couillard: Il n'y a pas de programme Conseil des aînés comme il y a un programme RAMQ ou OPHQ, la raison pour laquelle ces gens-là sont présents avec nous. On peut très bien répondre à vos questions...

Mme Harel: Vous êtes le ministre responsable des aînés.

M. Couillard: Pas plus que l'AETMIS est là, ou le Conseil du médicament, ou d'autres organismes ministériels comme ça, là.

Mme Harel: Vous considérez le Conseil des aînés comme un organisme au même titre que les autres organismes-conseils, c'est ça?

M. Couillard: Bien, ça fait partie des organismes-conseils qui existent au ministère. Bien, c'est la réalité. Ce n'est pas une question de les considérer ou pas, c'est ce qu'ils sont.

Mme Harel: Mais je ne sais pas que jamais jusqu'à maintenant la présidente du Conseil des aînés ait été exclue, depuis toutes les années... je me rappelle avoir fait l'étude des crédits, de cet examen que l'on fait en commission parlementaire.

M. Couillard: Bien, elle n'a pas été exclue. Elle n'était pas là l'an dernier non plus, on n'avait pas demandé, là. Je ne sais pas, je ne vois pas en quoi ça ajoute à la pertinence de l'examen des crédits. Et, depuis cinq ans, on me dit qu'elle n'a jamais été présente non plus aux études des crédits, donc sous le gouvernement antérieur non plus.

Mme Harel: De toute façon, on aura l'occasion de revenir là-dessus demain parce qu'on va vérifier. Je dois vous dire qu'on est dans l'obligation de vérifier parce qu'il y a quand même beaucoup de choses qui nous sont dites et qui, vérification faite, ne se révèlent pas conformes à ce qui nous a été dit.

**Plan de mise en application
des recommandations du rapport intitulé
*Un milieu de vie de qualité pour les
personnes hébergées en CHSLD***

Alors, je voudrais vous entendre sur le rapport intitulé *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Vous l'avez rendu public en octobre 2003. Vous nous disiez, en novembre dernier, que vous alliez donner suite aux travaux du groupe de travail qui avait produit ce rapport. Alors, quel est votre

échecancier? Quel est le plan d'intervention pour mettre en pratique ce rapport sur le milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD?

M. Couillard: M. le Président, toutes les régions ont reçu une communication directe de la part du sous-ministre en titre pour les amener à appliquer dans leur région les recommandations de ce rapport. Et, au-delà de cette question, vous savez très bien la question des visites de CHSLD que nous faisons actuellement et qui vont se poursuivre, qui visent, entre autres, à vérifier sur place la pertinence et le fait d'avoir ou non à appliquer les recommandations du rapport qui visent essentiellement à transformer ces milieux d'hébergement de soins prolongés en milieux qui sont plus proches de milieux de vie même pour les gens qui ont des pertes d'autonomie sévères, comme on retrouve ou comme on doit retrouver dans les CHSLD. Alors, les agences se sont vu demander par le ministère de produire un plan d'implantation des orientations du rapport pour un milieu de vie dans tous les CHSLD en juin 2004, donc on devrait les obtenir prochainement, et plus précisément de s'assurer du développement de mécanismes d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

On doit identifier un intervenant qui est responsable d'accompagner le résident et ses proches tout au long du séjour en CHSLD, l'intervention... un plan d'intervention pour chacun des résidents et sa révision par rapport aux normes, et l'adoption d'un protocole d'application des mesures de contrôle — on parle de la contention physique ou chimique — tel que les orientations ministérielles le stipulaient en 2002. Et ceci sera... et a été intégré dans les ententes de gestion entre le ministère et les agences régionales et... C'est quoi, ça?

Une voix: ...le plan...

M. Couillard: Oui, le plan doit être fourni par les régions en juin, comme je l'indiquais, et intégré aux ententes de gestion entre le ministère et les agences.

Donc, il s'agit d'un rapport auquel on donne suite, qu'on veut voir appliqué et qu'on veut responsabiliser... donc pour lequel on veut responsabiliser les agences régionales et qu'on veut également appuyer par ce programme de visite des CHSLD que nous avons débuté et que nous entendons poursuivre. D'ailleurs, au cours des prochains jours, je vais rencontrer notre équipe de visiteurs pour les remercier personnellement d'avoir mené à bien cette tâche. Nous faisons l'analyse de leur rapport actuellement, et je la communiquerai, cette analyse globale, à la population, là, dès qu'elle sera complétée.

**Visites aux divers types d'établissements
d'hébergement et mécanisme
de traitement des plaintes des usagers**

Mme Harel: Quand le ministre a-t-il l'intention d'élargir les visites aux établissements privés d'hébergement?

M. Couillard: Parce que là il faut mentionner deux éléments. D'abord, les CHSLD privés conventionnés sont susceptibles d'être visités également par nos équipes de visiteurs, et ils le seront également lors des prochaines années parce que j'ai exprimé à plusieurs

reprises le désir — puis c'est plus que le désir, c'est une volonté assez ferme — de rendre ces visites permanentes.

Pour ce qui est des résidences privées, ça, c'est une autre question. Et je ne sais pas si c'est à ça que voulait en venir Mme la députée, mais je pourrai expliquer quelle est notre démarche actuelle pour les résidences privées. On sait qu'il y a actuellement un registre que le précédent gouvernement avait mis en place. L'inscription à ce registre est obligatoire. Cependant, il n'existe pas de moyen de contrôle permettant de vérifier si effectivement les résidences s'y inscrivent. Alors, ce qu'on veut faire... Et on est actuellement, un des groupes de travail dont vous avez parlé, sur les résidences privées, sur une façon d'obtenir un mécanisme de certification des résidences privées, et je mentionnais, par exemple, récemment l'exemple de la ville de Trois-Rivières qui a fait un projet assez intéressant d'entente entre le milieu municipal, le réseau de la santé et les propriétaires de résidences privées pour que chacune d'entre elles se voie accorder un genre de certificat de conformité.

Alors, on se dirige dans cette direction-là. Le rapport devrait être, on me le dit, disponible bientôt. En fait, j'aimerais le communiquer, ce rapport et ses propositions, en même temps que je vais expliquer ou donner le bilan des visites de CHSLD de façon à ce que ça forme un tout. Parce qu'on se souvient que tout ça a éclaté après les tristes événements de Saint-Charles-Borromée, où des préoccupations ont été soulevées tournant autour de trois ordres: d'abord, la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD; deuxièmement, la question de l'encadrement des résidences privées; et, troisièmement, la question du mécanisme des plaintes. Alors, dans les deux derniers cas, on a des travaux en cours qui devraient déboucher assez rapidement, dont j'espère d'être en mesure d'annoncer les conclusions dans les prochaines semaines.

Mme Harel: Je voudrais revenir sur la question des visites, puisque le ministre avait annoncé qu'il allait élargir également les visites à l'improvisiste aux établissements, aux ressources intermédiaires, aux pavillons d'accueil et autres établissements certifiés, même privés, mais certifiés par le ministère, relevant des établissements publics. Alors, quand est-ce qu'il entend procéder à la fois à ces visites et aussi aux modifications nécessaires au traitement des plaintes des usagers pour que le Protecteur des usagers ait clairement compétence pour entendre les plaintes qui lui sont transmises par des personnes hébergées dans ces ressources intermédiaires ou privées? Parce que le registre dont me parle le ministre, c'est pour des maisons de chambres de neuf lits et moins, mais il y a toute cette catégorie d'hébergement qui est complémentaire à l'hébergement institutionnel et qui ne fait pas l'objet de visites.

• (17 h 20) •

M. Couillard: Alors, ici, on fait allusion particulièrement aux ressources intermédiaires. Je pense qu'on l'a mentionné, dans ce cas-là, on a choisi de confier la surveillance aux régions, aux agences régionales. Chaque agence s'est vu confier l'instruction de faire le bilan et le tour complet de ses ressources intermédiaires, autant en santé mentale qu'en santé physique ou pour les personnes autres... d'autres types de clientèles, pour s'assurer qu'elles répondent toutes au cadre de référence. Il

existe un cadre de référence pour les ressources intermédiaires. Donc, il n'y a pas à en créer un, il existe, et il faut s'assurer qu'il est suivi. Donc, on me dit que quelques régions ont déjà terminé leur tournée et que les autres régions sont en train de le compléter. On devrait donc avoir l'opération terminée d'ici quelque temps.

Pour ce qui est de la Protectrice des usagers...

Mme Harel: ...d'ici combien?

M. Couillard: Quelque temps. Je ne peux pas vous le donner, là, je n'ai pas devant moi l'échéancier. On me dit que certaines régions ont terminé leur tournée de ressources intermédiaires, on parle de probablement quelques semaines, là.

Mme Harel: Lesquelles?

M. Couillard: Lesquelles? Quelles régions ont terminé, on demande?

Une voix: Il y en a peut-être deux tiers des régions qui ont terminé déjà.

M. Couillard: Bon, on me dit qu'il y a deux tiers des régions qui ont terminé déjà.

Mme Harel: Oui, lesquelles?

M. Couillard: Bien, deux tiers des régions, est-ce que c'est utile de...

Mme Harel: Bien, c'est parce que ça nous intéresse vraiment. Alors, on va donc demander les rapports de ces évaluations qui ont été faites dans les régions qui ont déjà terminé. Si on ne nous les envoie pas, bien on va passer par la loi d'accès à l'information.

M. Couillard: Ah, regardez, on va vous le donner, le renseignement, là. On peut l'obtenir par téléphone, le renseignement des régions qui n'ont pas encore terminé. Mais l'important de savoir, c'est qu'il y a un mécanisme qui est un bon mécanisme qui est en marche.

Maintenant, pour la Protectrice des usagers, elle m'a également fait mention de ce fait que, évidemment, certaines résidences privées acceptent d'être visitées par la Protectrice, mais pas toutes, hein? Il y a des endroits où c'est difficile pour la Protectrice des usagers d'avoir accès, et, dans le processus de révision d'examen des plaintes, un des éléments est celui-là, quant à la possibilité de donner accès à la Protectrice des usagers à l'ensemble des établissements qui donnent des soins et des services aux personnes. On a également chargé le comité de nous faire des recommandations sur des sujets tels que le statut du commissaire local qui a soulevé plusieurs interrogations, on le sait, suite aux événements des derniers mois, également au lien nécessaire — quand je parle de statut, je parle de rattachement du commissaire local — et également au lien... l'établissement du lien nécessaire entre le traitement d'une plainte et l'amélioration des services. Parce que ce qu'on a constaté, à la lumière de plusieurs incidents malheureux dans plusieurs endroits au Québec, c'est que techniquement les plaintes avaient été traitées adéquatement, mais que ça

ne s'était pas transformé en processus d'amélioration de la qualité, et je pense que c'est de ça qu'on doit s'inquiéter en priorité.

Maintenant, pour ce qui est du rapport des tournées des ressources intermédiaires, moi, je n'ai aucune objection à ce qu'ils soient rendus publics là, ces rapports-là, région par région. Je ne sais pas lesquels... On aura le renseignement demain quant aux... quelles régions... peut-être tantôt, là, dépendant si on peut trouver la personne qui a ce renseignement-là, quelles... On peut donner comme indication déjà quelles régions n'ont pas encore terminé. Donc, par soustraction, on saura lesquelles ont terminé. Et donc je n'ai pas d'objection à rendre ces rapports-là disponibles à mesure qu'ils sont constitués.

Mme Harel: Dois-je comprendre que le ministre va se satisfaire de cette évaluation et n'entend pas élargir les visites à l'improviste, là, qui se font dans les établissements publics aux établissements de type ressources intermédiaires?

M. Couillard: Effectivement, je crois que, dans le cas de ces types d'établissements, un bon encadrement régional — parce qu'il existe déjà un cadre de référence — accompagné d'un message clair aux agences que c'est leur responsabilité et qu'ils sont imputables de la surveillance de qualité, d'après moi, ça suffit. Vous savez, il faut avoir des objectifs réalistes. C'est déjà une tâche importante de donner un caractère permanent à ces visites. Il s'agit qu'elles soient faites correctement et de ne pas disperser les énergies dans de nombreuses visites qui deviendraient de moins en moins productives en termes de résultats pratiques. Et on veut certainement, par contre, continuer nos visites des milieux de soins prolongés, qui n'ont pas nécessairement un but punitif, là, pour les établissements — il faut le mentionner parce qu'il y a eu des craintes au début — qui ont comme but également d'aider les établissements à améliorer leur qualité. On verra dans le bilan qu'on présentera que, pour beaucoup d'établissements, il s'est agi en fait d'une occasion d'améliorer la qualité de service à leurs résidents et non pas d'une visite de type... policière, si on veut, ce qui était craint initialement.

Mme Harel: M. le Président, j'attire l'intérêt du ministre sur la relecture du rapport de la Commission des droits de la personne qui, il y a deux ans, au moment d'un examen approfondi de l'hébergement dans notre société, concluait à de très, très nombreux cas d'abus dans les ressources privées et invitait à introduire le mécanisme de plaintes des usagers, y compris dans ces milieux privés. Au moment où le ministre s'apprête à consacrer des sommes quand même importantes, il nous parle de 12 ressources d'hébergement privées, dois-je comprendre que le mécanisme de traitement des plaintes va être élargi à ces ressources d'hébergement privées?

M. Couillard: On vise — et c'est la direction des travaux — à permettre l'accès du Protecteur des usagers aux résidences privées également. Cependant, il y a deux choses qu'il faut mentionner. C'est un raccourci de faire un équivalent entre le fait que c'est une résidence privée puis la mauvaise qualité de service, il existe d'excellentes résidences privées. D'ailleurs, le programme des Roses

d'or, qu'on connaît, les récompense et les désigne à chaque année. Il existe d'excellents CHSLD ou résidences publiques. Et, dans les deux cas, il existe malheureusement des situations qui ne sont pas acceptables, et ce n'est pas l'apanage d'un réseau plutôt que de l'autre.

Et on fait bien de faire allusion au rapport de la Commission des droits de la personne, parce que je me souviens puis mon collègue de Robert-Baldwin, qui était dans la même équipe parlementaire, se souviendra que, lorsque la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne faisait allusion à ce rapport-là, elle se faisait en général accuser de démagogie. On pourra ressortir les commentaires. Moi, je me souviens comme citoyen d'avoir regardé ces débats-là, et effectivement c'est la réponse qu'on faisait.

Mais effectivement on a l'intention, dans le processus de révision de l'examen des plaintes, de donner à l'agence ou l'instance locale un pouvoir d'inspection ou d'enquête dans une résidence pour personnes âgées si elle a raison de croire qu'on tolère une situation qui est susceptible de mettre en danger la sécurité des usagers et également de donner juridiction au Protecteur des usagers pour traiter les plaintes des personnes qui demeurent dans les résidences privées. Donc, on veut inclure ça dans la réflexion et également dans l'action.

Modifications de la législation et du cadre de référence concernant l'hébergement des personnes âgées

Mme Harel: Mais quand avez-vous l'intention de modifier la législation en ce sens?

M. Couillard: Alors, on va recevoir le rapport, là, dont je veux présenter les conclusions en même temps que je vais donner le bilan des visites de CHSLD. Il y a des corrections qui sont d'ordre réglementaire, d'autres qui sont de l'ordre administratif puis d'autres qui sont d'ordre législatif. Pour les corrections législatives, on a l'intention de les déposer pour l'automne, la session d'automne 2004.

Mme Harel: Lors de l'étude du projet de loi sur le Commissaire à la santé, vous nous mentionniez que cela allait se faire dès ce printemps. Est-ce que le rapport va être prêt dans les jours qui viennent?

M. Couillard: Alors, les travaux des deux comités, autant les travaux sur la qualité de vie et les services aux personnes âgées en perte d'autonomie que ceux du traitement des plaintes, vont être disponibles ce printemps tel qu'annoncé. Cependant, les actions qui en découlent, qui peuvent être de trois ordres, réglementaires, administratives ou législatives, devront suivre le calendrier habituel, particulièrement pour les actions législatives et qui doivent être préparées, circuler dans le processus habituel. Donc, je crois qu'il est réaliste d'entrevoir un dépôt pour l'automne de ces modifications législatives.

Mme Harel: Dans le même, disons, cadre de modifications législatives qui seront nécessaires, allez-vous vous inspirer de votre prédécesseur, le ministre de la Santé, Marc-Yvan Côté, qui a introduit en 1991, dans

la Loi sur la santé et les services sociaux, cette ressource intermédiaire qui a maintenant 8 000... un peu plus de 8 000, disait-on un peu plus tôt, là, personnes hébergées? Allez-vous également modifier la Loi sur la santé et les services sociaux pour introduire cette nouvelle catégorie d'hébergement dont vous nous parliez aujourd'hui?

M. Couillard: Non, ça, c'est des domiciles, M. le Président, dont on parle. Il n'est pas nécessaire de changer la Loi de santé et de services sociaux pour ça. Ces nouvelles installations sont les domiciles des personnes. Il ne faut quand même pas, là, donner à la Loi sur la santé et les services sociaux un mandat universel, là, il s'agit de déployer les services par le réseau de la santé et des services sociaux. Il s'agit d'ententes contractuelles entre partenaires puis il s'agit finalement des domiciles des personnes âgées et non pas d'une institution. Maintenant...

Mme Harel: Quand vous parlez d'ententes contractuelles, vous voulez dire qu'il n'y aura aucun cadre de référence qui va...

M. Couillard: Bien oui.

Mme Harel: Alors, quand est-ce que vous allez nous déposer un cadre de référence?

M. Couillard: Bien, il est déjà disponible. Dans les balises, on peut vous le déposer si vous le désirez. Les balises d'analyse de ces projets-là, c'est un cahier qu'on a ici quelque part, là, qu'on peut... Ah, bien, je l'ai ici, tiens.

Mme Harel: Oui. Alors, j'apprécierais qu'on ait copie...

M. Couillard: Alors, si vous voulez, je vous enverrais une version pas annotée ou barbouillée, là.

Mme Harel: Comment s'intitule-t-il?

M. Couillard: *Pour un nouveau partenariat au service des aînés — Projets novateurs — Document explicatif 2003-2004.*

● (17 h 30) ●

Mme Harel: Mais, quand on parle d'un cadre de référence, ce n'est pas pour un promoteur, c'est un cadre de référence pour une personne aînée en perte d'autonomie hébergée. Est-ce qu'il y aura un cadre de référence qui déterminera quels sont les services qui doivent être rendus aux personnes et les ressources que les établissements publics doivent allouer aux personnes hébergées dans ces ressources?

M. Couillard: Ce qu'il va y avoir, ce sont des balises qui permettent ou non d'accepter un projet qui est soumis, et, dans ces balises, vous allez retrouver également des précisions quant au niveau de services et la façon de les faire. Alors, on vous fournira ces éléments-là au cours des prochains jours.

Mme Harel: Oui, mais vous me parlez d'un cadre contractuel. Le niveau de services va devoir être rendu par un établissement.

M. Couillard: Le projet consiste... Quand le projet est soumis, ce n'est pas juste un projet qui est soumis par un partenaire qui dit qu'un jour il va y avoir des services publics. Le projet, dès le moment où il est soumis, doit comprendre une entente avec le réseau public de santé et de services sociaux pour le déploiement des services dans les domiciles des personnes âgées. C'est dans le projet qui est soumis. On n'accepte pas de projet qui n'a pas une contrepartie de services donnés par le réseau public de santé et de services sociaux.

Maintenant, je voudrais ajouter...

Mme Harel: Est-ce que vous pouvez nous fournir le projet opérationnel, disiez-vous, de Kamouraska—L'Islet... Kamouraska...

M. Couillard: Bien, c'est un des 12 projets, on va bientôt les annoncer — à Montmagny-L'Islet.

Mme Harel: Montmagny-L'Islet.

M. Couillard: Puis on ira même ensemble, Mme la députée...

Mme Harel: Ah!

M. Couillard: ...si vous voulez, on ira visiter. C'est une très belle région, celle de mes ancêtres.

Mme Harel: Écoutez, moi, je souhaiterais aussi que tous les projets de personnes âgées qui ont été financés dans le cadre d'AccèsLogis, ces projets qu'on appelle communément du beau nom de PAPA...

M. Couillard: Oui.

Mme Harel: ...hein, projets d'aide aux personnes aînées, je pense, et qui n'ont pas d'accompagnement, qui n'ont pas de services des établissements de santé et des agences, puissent les obtenir. Dans les questions qu'on a posées là-dessus, la réponse a été que ce n'était pas pertinent à nos travaux.

M. Couillard: M. le Président, je ferais juste préciser ici, parce qu'on a déjà obtenu le renseignement demandé tantôt: À l'heure actuelle, aujourd'hui, il y a uniquement trois régions qui n'ont pas fourni leur bilan d'inspection des ressources intermédiaires. C'est le Bas-Saint-Laurent, Montréal et Lanaudière, et on attend le dépôt de ces trois régions pour la première semaine, au début juin.

Donc, c'est l'opération, et je pense qu'il faut rendre justice à nos gens dans les régions, ça a été complété assez rondement, et, n'ayant pas moi-même été mis au courant des conclusions de ces rapports-là, je ne peux pas en parler actuellement, mais on aurait certainement des choses intéressantes à dire. Et d'ailleurs on n'a pas d'objection, encore une fois, à ce que ces rapports soient consultés, là, c'est de notoriété publique.

Mme Harel: Alors, vous allez les déposer, ces rapports, lorsqu'ils vont vous être acheminés?

M. Couillard: Bien, on pourrait vous déposer ceux qui sont déjà... Si on les a au ministère — je suppose

qu'on les a, là — on pourrait les... Est-ce qu'ils sont dans les agences ou déjà au ministère, c'est quelque chose qu'il faudra vérifier. Mais on les rendra disponibles, là, M. le Président, il n'y aura pas d'obstacle du tout pour que ces rapports soient consultés. Puis je pourrais même en faire mention lorsque je parlerais des résultats des inspections de CHSLD parce que c'est un peu connexe comme sujet.

Ententes avec les associations représentatives sur les conditions d'exercice des ressources intermédiaires

Mme Harel: Puisque nous en sommes toujours aux ressources intermédiaires, qu'arrive-t-il au contrat social qui a été l'objet de discussions en commission parlementaire lors de la législation qui a été adoptée il y a quelques mois, avant Noël, et qui avait été discuté l'automne dernier, contrat social entre le ministère et les ressources intermédiaires? Est-ce qu'il y a un état d'avancement, là, qui pourrait nous être communiqué?

M. Couillard: Alors, le terme de «contrat social» n'est peut-être pas tout à fait le plus approprié parce que ça fait référence à un mode particulier d'entente, là. Mais, disons que, sur les quatre associations qui étaient connues, trois nous ont fait parvenir leur demande de reconnaissance à titre d'associations représentatives; elles ont été désignées comme associations représentatives. On attend toujours celles du regroupement le RESSAQ, là, qui n'a pas encore fait parvenir sa demande de reconnaissance, et on a commencé les conversations avec les organisations qui ont été reconnues, dans le but d'arriver à une entente sur les moyens d'exercice ou les conditions d'exercice des ressources intermédiaires s'occupant de nos patients.

Bilan et renouvellement du plan d'action triennal

Mme Harel: M. le ministre, vous êtes ministre responsables des aînés. Alors, les aînés, comme on le sait, dans un contexte de vieillissement où les trois premières lettres du mot «vieilli» rappellent que c'est le mot «vie» qui est le plus important, alors, concernant cette question, cette problématique des aînés, je voudrais vérifier avec vous si votre intention est de renouveler, en 2004, le plan d'action triennal qui a débuté en 2001 et qui se termine en 2004. Quel est l'état d'avancement du dossier?

M. Couillard: Bien, c'est une des raisons pour laquelle on a mis sur pied un de nos groupes sur les conditions des personnes âgées, et, également, ça va nous permettre de compléter ce plan d'action et lui donner une nouvelle impulsion de façon à le rendre plus, je dirais, plus concret dans la vie quotidienne des personnes âgées.

Le premier plan d'action donc a permis de sensibiliser les différents partenaires qui fonctionnent dans ce domaine-là. On va faire un bilan de ce premier plan d'action, c'est en cours, et donc une décision sera prise quant à un deuxième plan d'action, mais qui pourra certainement être éclairé à la lumière des travaux actuels de notre groupe sur les personnes âgées. Donc, on a l'intention de bonifier ce programme-là.

Il y a des éléments qui sont déjà connus, qui vont être continués, c'est-à-dire le financement des tables régionales de concertation des aînés, et j'en profite pour mentionner que, dans nos équipes de visiteurs, il y a toujours un représentant de cette Table régionale de concertation des aînés; le programme des Roses d'or également qui est un bon programme, là, d'appréciation, qui continue; et bien sûr le soutien des organismes communautaires dans la question.

Quant aux autres sujets qui avaient fait l'objet du plan d'action, c'est-à-dire les résidences privées, la lutte aux abus envers les personnes âgées et autres mesures, on a dit tantôt qu'elles sont au cœur d'une réflexion actuelle, donc elles pourront être utilisées pour bonifier les nouvelles mesures qui seront mises de l'avant.

Plan de travail du Comité des aînés

Mme Harel: Pour parler du comité des aînés que vous avez mis en place, peut-on connaître le plan de travail de ce comité? Parce qu'il est souvent considéré dans le milieu des aînés comme un comité qui priorise les aînés très âgés et ceux qui ont des problèmes de santé. Alors, ils font valoir que le troisième âge, le quatrième âge sont composés de gens qui n'ont pas nécessairement à relever du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais qui, cependant, s'attendent que le ministre responsable du dossier des aînés ait une vue assez large de leurs problématiques en transport, en logement, en loisir et autres.

M. Couillard: Effectivement, là, on parle beaucoup des personnes âgées en perte d'autonomie, mais la majorité de nos personnes âgées... je pense que, si mes souvenirs sont exacts, là, c'est 77 % ou... les trois quarts des personnes âgées sont dans une situation d'autonomie et de santé très correcte et fonctionnent à domicile. Mais là il a fallu également adopter des priorités, et je pense qu'il y a eu énormément d'inquiétudes dans le public sur la situation des personnes âgées hébergées. Et je crois qu'il était judicieux de s'intéresser à cette question en priorité, et on le fait.

Ça ne veut pas dire du tout qu'on ne s'intéresse pas également à ce qu'on peut faire pour améliorer la condition des personnes âgées qui n'ont pas de problèmes physiques ou de perte d'autonomie. La raison pour laquelle il existe maintenant au ministère le Secrétariat des aînés qui est le pendant, si vous voulez, administratif, ministériel du Conseil des aînés, qui est un organisme-conseil, sous la direction de M. Bazin, qui est très fonctionnel... Il est en lien avec les associations de retraités, par exemple, la Fédération des clubs de l'âge d'or, dans le but d'évaluer toutes les actions qui sont possibles, et certainement qu'on accueillera favorablement les recommandations qui nous parviendront de cet organisme... de ces deux organismes, autant le Conseil des aînés que le secrétariat.

Intentions concernant le Conseil des aînés et le Secrétariat aux aînés

Mme Harel: Quelles sont vos orientations à l'égard du conseil et du secrétariat? Est-ce que vous recommandez à la présidente du Conseil du trésor le maintien de ces deux organismes-conseils?

(Consultation)

M. Couillard: Bien... bien sûr le Secrétariat des aînés fait partie de l'appareil ministériel; ce n'est pas appelé à changer. On a une réflexion en cours pour ce qui est du rôle des organismes-conseils. Ça, je pense, la présidente du Conseil du trésor y a fait allusion dans son plan de modernisation.

Mais, disons que, dans le cas du Conseil des aînés, on va être très prudent parce qu'il s'agit certainement d'une situation qui élève de l'inquiétude dans la population. On va bien évaluer son rôle, comme celui des autres organismes-conseils, pour prendre une décision entre soit son maintien soit sa substitution par une banque d'experts qu'on peut consulter au besoin. Et c'est la même réflexion qu'on fait actuellement pour l'ensemble des organismes-conseils du ministère.

Mme Harel: Quand et comment se fera cette évaluation du Conseil des aînés? Est-ce que la décision pourrait être prise sans même que les principaux porte-parole des organisations représentant les aînés soient consultés?

• (17 h 40) •

M. Couillard: Bien, bien sûr que non, et c'est là que le Secrétariat des aînés également joue un rôle, pour nous faire ses recommandations. Lorsqu'on évalue le rôle des conseils comme les différents organismes-conseils au gouvernement, on fait un bilan, par exemple, des actions des dernières années: quel est le nombre d'avis qui ont été déposés, dans quelle mesure ces avis étaient pertinents ou ont amené un changement de politique réel sur le terrain pour déterminer s'il est nécessaire de continuer avec une structure permanente d'organismes-conseils ou de substituer à cette structure plutôt une banque d'experts qu'on consulte au besoin. Et c'est la réflexion qu'on fait, mais on implique certainement le Secrétariat des aînés qui, lui-même, est en lien avec toutes les organisations des personnes âgées au Québec.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, il faudrait qu'on achève ou qu'on revienne sur cette question.

Mme Harel: Ça va.

Le Président (M. Copeman): Très bien. J'ai eu une brève discussion avec Mme la secrétaire. Nous autres aussi on va vérifier la question du Conseil des aînés, parce qu'on sait que le conseil a déjà relevé de différents ministères, différents ministres, ministre de la Famille à un moment donné, ministre des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.

Je sais que parfois la mémoire nous fait défaut. Je suis membre de cette commission depuis huit ans. Je n'ai pas de souvenir d'avoir vu ou entendu le ou la présidente du Conseil des aînés à l'étude des crédits, et on va vérifier nous autres aussi.

Mme Harel: Elle ne relevait pas de la Commission des affaires sociales. À l'époque, elle a relevé des Affaires municipales...

Le Président (M. Copeman): Ah! il y avait la Culture aussi, alors la situation est un peu confuse.

Mme Harel: ...et je ne sache pas qu'elle était absente à aucun des examens des crédits budgétaires au moment où j'en avais la responsabilité.

Le Président (M. Copeman): Oui. Mais ici, à cette commission, Mme la députée...

Mme Harel: Je pense que c'est une problématique extrêmement importante pour notre société.

Le Président (M. Copeman): Oui, je comprends, madame. Ici, à cette commission en tout cas... J'imagine que le Conseil des aînés a relevé du ministre de la Santé de l'année passée, je crois, et on n'a pas eu recours à sa participation lors de la commission, mais on va vérifier, nous autres aussi. Semble-t-il, M. le député de Vimont désire intervenir. Allez-y.

M. Auclair: Oui. Merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, encore une fois bonjour à toute votre équipe.

On parle beaucoup... bien, on a parlé... La députée d'Hochelaga-Maisonneuve a fait une référence au niveau de vieillissement, «vie» qui donne un peu les trois premières lettres de la... qui donne la vie. On sait que la vie est également un paradoxe quand on s'arrête vraiment à la réalité, c'est-à-dire que, lorsqu'on donne la vie, techniquement, on donne également la mort, c'est une réalité. Et, la meilleure des choses, et je pense que toutes les personnes qui nous entourent, tous les gens qui travaillent ici, c'est justement pour rendre cette vie-là le plus agréable dans la meilleure des situations.

Une voix: ...pas de problème...

Actions entreprises dans le but de réduire les délais d'attente de traitements contre le cancer

M. Auclair: On a et on vit malheureusement une réalité qui est la lutte au cancer. On fait beaucoup, beaucoup d'avancements au niveau de la lutte au cancer, et, malheureusement, la réalité est quand même qu'on parle au Québec dans les statistiques d'une croissance qui s'accroît à cause de plusieurs raisons, dont le vieillissement de la population qui fait en sorte que, si les chiffres que j'ai sont bons, on va parler d'environ 36 000 cas de cancer au Québec, en 2004. Donc, c'est une croissance, c'est une réalité.

Je sais, M. le ministre, que c'est une... il y a eu beaucoup d'avancées, comme je vous le disais tantôt, au niveau des traitements. On a... Souvent, l'opposition a soulevé des listes d'attente, et, dans une des questions qui a été soulevée d'ailleurs par l'opposition, à la réponse n° 63, on réalise qu'il y a eu plus de cas de personnes qui ont été traitées en 2003 que dans le passé et, en plus, que les listes d'attente ont diminué grandement. Donc, on arrive à des situations où des gens, malgré tout... le fait d'une attente, c'est toujours une attente de trop; ça, je pense que vous l'avez répété souvent, M. le ministre, et je suis d'accord avec vous.

Et, sans parler de tomber dans les chiffres, parce que dans le fond ça ne donne pas crédit aux personnes et ça ne respecte pas la personne qui vit la réalité, est-ce que vous pouvez nous dire qu'est-ce qui est en train d'être fait, en ce moment, au Québec pour remédier ou pallier à ce manque-là dans le fond pour éliminer le plus possible des listes d'attente? On le sait, on en a fait, nous, notre gouvernement, une de nos priorités. Il y a des gestes concrets, et j'aimerais que vous me parliez un petit peu des gestes concrets qui sont faits en ce moment au niveau de la lutte au cancer.

M. Couillard: Bien, M. le Président, d'abord, pour ce qui est de l'attente aux traitements de radio-oncologie, parce qu'on sait que c'est un sujet qui est d'actualité, on se souvient, il y a quelques semaines, qu'on avait mentionné qu'il y avait au Québec 198 personnes en attente de plus de huit semaines pour les traitements de radio-oncologie. On sait également que nous attachons une importance très grande à cette question, qu'on fait un suivi hebdomadaire de la liste d'attente. Bien, je suis heureux de mentionner... puis ce n'est pas... Il faut faire attention parce que les chiffres peuvent varier d'un mois à l'autre, et puis, comme on l'a dit, puis vous l'avez très bien dit, M. le député de Vimont, un patient hors délai de plus, de trop... un patient hors délai, c'est un patient hors délai de trop. Mais il y a actuellement seulement 94 patients en attente de plus de huit semaines. Alors, on a diminué de plus de moitié, là, depuis quelques semaines uniquement avec un effort de rationalisation, d'organisation, de déploiement de la main-d'oeuvre, d'ouverture de plages horaires plus grandes dans les centres de radio-oncologie et de suivi vraiment serré, conférences téléphoniques hebdomadaires, parfois même plusieurs fois dans la même semaine, offres de service aux personnes pour s'assurer que tout le monde a accès à une possibilité d'être traité dans les temps... dans les temps médicalement requis.

Parallèlement à ça, en radio-oncologie, on continue notre plan de déploiement de la main-d'oeuvre, plus de technologues et de radio-oncologues et, également, notre plan d'ajout de capacités techniques en radio-oncologie, notamment en Montérégie, dans certaines unités existantes à Montréal et, éventuellement, dans le nord de Montréal — on sait au nord de Montréal qu'il y aura éventuellement également un centre de radio-oncologie — de sorte qu'on peut envisager une période qui n'est pas très lointaine où l'ensemble des Québécois, heureusement et enfin, pourront être traités à l'intérieur de délais médicalement requis lorsqu'ils ont besoin de traitements de radiothérapie.

Pour ce qui est de la question des soins pour le cancer en général, bien, on a eu l'occasion d'en faire une annonce il y a quelque temps. On a constaté, à notre arrivée au gouvernement, qu'il y avait beaucoup de luttes ou d'actions fragmentées, hein? On retrouvait des équipes pour le cancer un peu partout, plusieurs organismes, et on a décidé d'investir et en même temps de réorganiser. On investit pour ça un montant récurrent de 10 millions, cette année, pour la lutte au cancer, dont l'essentiel va dans le soutien des services et non pas dans la structure administrative.

Le but de cet investissement est de déployer une politique axée sur quatre grands axes. D'abord, de

l'organisation des services intégrés qui est basée sur des équipes interdisciplinaires et la présence de ressources de coordination — ce qu'on appelle souvent les infirmières pivots — autant au niveau local qu'au niveau régional. Et ça, au point de vue pratique, pour les personnes atteintes, c'est ce qui va faire une grande différence, parce qu'on y adjoint également le soutien psychosocial. Donc, il y a des équipes de coordination qui permettent de guider la personne d'une étape à l'autre de son traitement et de donner à tous la certitude que personne ne tombe entre deux chaises, comme on dit, et souvent c'est la sensation que le patient ou la personne a: une fois qu'il se retrouve à la maison avec le diagnostic, il a l'impression que personne ne sait ce qui lui arrive, personne ne connaît vraiment son état et son devenir, et ça, ça devrait fortement améliorer la continuité des soins. Donc, premier élément: une organisation de services intégrés avec des équipes interdisciplinaires et des intervenants pivots.

Deuxièmement, s'assurer qu'on optimise les pratiques cliniques, parce qu'encore trop souvent il y a des grandes variations de pratiques d'une région à l'autre du Québec pour les mêmes types de cancers. Alors, il est possible qu'il y ait des variations d'un médecin à l'autre ou d'un hôpital à l'autre, et ces variations en général devraient toujours être contenues à l'intérieur de ce qui est scientifiquement reconnu.

Comme complément à l'optimisation des pratiques cliniques, l'amélioration continue de la qualité dans tous les milieux de soins et une gouvernance initiée. Donc, on va nommer deux qu'on l'aura identifiée la personne qui aura à relever ce défi, un directeur de la lutte contre le cancer au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui va rassembler sous son aile, là, l'ensemble des actions à partir du diagnostic jusqu'à l'extrémité que parfois on doit atteindre, qui est celle des soins de fin de vie.

Alors, on voit que ce sera très intégré, centralisé, basé sur les meilleures pratiques et la continuité des soins. Et je pense que, ça, c'est quelque chose qui était attendu depuis longtemps au Québec dans la lutte contre le cancer.

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

M. Auclair: Mme la Présidente. Également, je ne veux pas faire le procès du gouvernement antérieur sur le dossier. Cependant, il y a toujours une question, moi, que je me suis posée. On a investi et on a... pour soigner des patients, on en a envoyé aux États-Unis. On a donc investi beaucoup d'argent dans des soins à l'extérieur, avec toutes les dépenses que ça engendrait.

Avec les nouvelles façons que vous êtes en train d'instaurer, il y aurait... est-ce qu'on — et ça, c'est peut-être très hypothétique, M. le ministre, je n'en doute pas, là — mais est-ce que l'économie qu'on aurait pu découler de... et investir ces sommes d'argent-là aujourd'hui a pu rectifier et même accélérer le processus que l'on vit aujourd'hui au niveau du traitement des patients, entre autres en oncologie ou en toute autre forme de traitement?

M. Couillard: Bien, Monsieur... Mme la Présidente — pardon, je n'avais pas remarqué votre arrivée subreptic. Alors, effectivement, on a des progrès encourageants en termes de listes d'attente d'accès, mais il faut

demeurer toujours prudent, hein. Les chiffres varient d'une période à l'autre, et on a une direction dans laquelle on s'est engagés qui semble actuellement donner donc des résultats encourageants, et certainement qu'on va continuer dans cette direction-là.

● (17 h 50) ●

À l'époque où malheureusement les gens ont dû être envoyés aux États-Unis pour les traitements, on se souvient du contexte, on a soudainement réalisé que les investissements et la planification n'avaient pas été faits, et on s'est retrouvés... tantôt, je mentionnais 94 patients hors délais de plus de huit semaines; à l'époque, il s'agissait de centaines de Québécois — au pluriel — en attente de plus de huit semaines. En fait, il y avait plus de 1 000... on m'indique qu'à l'époque — vous rendez-vous compte? — plus de 1 000 patients en attente de plus de huit semaines pour la radio-oncologie. Là, je parle de 1994 puis je n'en suis pas encore satisfait, alors on voit l'univers différent dans lequel on évolue.

Alors, je ne crois pas — évidemment, il faut être prudent — mais je ne crois pas que ce soit nécessaire d'avoir recours encore dans le futur à cet outil, et rendons quand même... grâce au fait que les gens ont décidé qu'il fallait en priorité traiter les patients, et c'est ce qui a expliqué le recours à la référence aux États-Unis.

Mais, compte tenu de la stratégie qu'on met en place au point de vue du déploiement de la main-d'oeuvre, de technologues, de radio-oncologues, de l'ouverture de nouveaux centres, d'agrandissement des plages horaires, de l'ajout d'appareils de radio-oncologie, j'ai bon espoir — mais toujours avec un degré de prudence que nous commande la réalité imprévisible parfois dans cette maladie — j'ai bon espoir qu'on va être capable de prendre en charge l'ensemble de nos Québécois et Québécoises qui ont le malheur d'être touchés par cette maladie à l'intérieur de délais médicalement requis.

M. Auclair: Donc, au niveau du suivi maintenant, on sait qu'hier c'était — donc, hier, le 11 mai — c'était la journée au niveau de sensibilisation du cancer du sein. Et, moi, j'ai réalisé, en passant à travers tous les documents, le nombre de personnes qui étaient atteintes du cancer et, surtout, le nombre de personnes qui, aujourd'hui, survivaient à leur cancer, et j'ai été même surpris de voir le nombre d'hommes qui souffraient et qui étaient touchés par ce type de cancer là.

Maintenant, on vit une nouvelle réalité aussi, le fait que justement il y a plus de personnes qui survivent à leur cancer entraîne également une nouvelle façon de traiter les gens. Vous avez traité... vous avez parlé au niveau du traitement en général, est-ce qu'il y a des nouvelles attitudes aussi relativement au suivi par la suite au niveau des nouvelles politiques internes?

Parce que je sais qu'il y a souvent des protocoles qui suivent, est-ce qu'il va y avoir des nouveaux protocoles qui vont suivre? Parce que justement plus il y a de personnes qui survivent, donc on sait que ça a fait des progrès plus positifs, et comment on fait pour améliorer cette situation-là encore?

M. Couillard: Bien, on va inclure, comme je le disais, dans nos plans d'organisation, le soutien psychosocial

aux gens. Évidemment, là, on parle de gens que vous mentionnez pour qui l'inquiétude est diminuée, où on a heureusement atteint soit une guérison, soit une rémission prolongée de la maladie. C'est certain que souvent ces gens ont besoin d'un support continu, on veut que ce soit fait. Et, là-dessus, il faut rendre hommage aux groupes communautaires, hein, il y a des nombreux groupes communautaires qui oeuvrent dans ce milieu-là.

Moi, je mentionne souvent le même exemple parce que c'est un groupe que j'ai vu de mes yeux — je sais que ma voisine de gauche, Mme Whittom, est heureuse quand je le fais parce qu'elle vient de la Gaspésie — c'est le regroupement des personnes atteintes de cancer, l'organisme gaspésien qui s'occupe d'accompagner les gens, là, atteints de cancer. Comment on l'appelle?

Mme Whittom (Johanne): OGPAC.

M. Couillard: OGPAC, Organisme gaspésien pour les personnes atteintes de cancer. C'est vraiment remarquable. Si vous passez par la Gaspésie, là, dans vos vacances... évidemment, on ne pense pas à ces choses-là quand on est en vacances, mais donnez un petit peu de vos pensées à ce groupe-là qui a un rôle considérable. La Gaspésie, il faut penser que c'est une région, comme l'Abitibi, où il n'y a pas d'appareils de radiothérapie, où il n'y a pas d'équipes d'oncologie. Donc, la présence d'un groupe de soutien communautaire pour aider les gens à faire les déplacements... on n'imagine pas toutes les conséquences familiales ou personnelles, professionnelles que ça aura, un diagnostic de cancer, surtout dans une région qui n'a pas les moyens à proximité pour les traitements. Alors, la présence de ces groupes communautaires là a une importance majeure, là, puis on veut certainement les soutenir.

M. Auclair: Juste un dernier petit point. Là, ça va être un point à intéresser M. le ministre encore plus. Hier, vous avez souligné l'apport extraordinaire, entre autres, d'une équipe assistée de la santé, et je sais que les besoins sont là également. Donc, j'ose croire que, dans un avenir rapproché, on peut s'attendre peut-être à avoir une annonce positive à certaines demandes à l'égard de traitements du cancer à Laval pour justement rendre plus humaine la réalité que les gens de la région vivent. Donc, c'était juste un message que je voulais vous passer comme ça, M. le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: C'est noté.

La Présidente (Mme Charlebois): Je vous signale par ailleurs que, dans mon secteur aussi, il y a un organisme qui s'appelle OGPAC, qui fait le transport des personnes, qui peut les amener dans les centres où ils peuvent leur offrir les services qu'on n'a pas nécessairement près de chez nous, là. M. le député de Robert-Baldwin.

Développement de ressources alternatives d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie

M. Marsan: Oui. Merci, Mme la Présidente. Peut-être revenir sur le dossier des aînés. J'ai eu l'occasion d'écouter certaines de vos allocutions, vous semblez très préoccupé par la question des personnes âgées en perte d'autonomie, mais particulièrement par la possibilité de les garder plus longtemps à domicile, de retarder l'hébergement en CHSLD et de privilégier les ressources intermédiaires; je pense qu'on a pu en parler tantôt.

Ça suppose un changement de cap, un changement de mentalité. Et j'aimerais ça vous demander si, lorsque vous êtes sur le terrain — je sais que vous allez beaucoup visiter plusieurs établissements — est-ce que vous sentez vraiment ce changement de cap de la part des gestionnaires, oui, mais, aussi, des différents intervenants, des infirmières, des médecins, où on veut vraiment, je pense, prolonger une qualité de vie des personnes aînées en les gardant dans leur milieu où elles ont évolué la majeure partie de leur vie?

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

M. Couillard: Évidemment, il y a encore beaucoup de progrès à réaliser, là, mais je crois que, ce qu'on a réussi comme société — ça dépasse le rôle des gens qui sont en politique — c'est de mettre ce problème des gens en perte d'autonomie à l'avant-plan de nos préoccupations.

Je me souviens très bien qu'il y a quelques années c'est quelque chose dont on ne parlait à peu près pas. Bien sûr, le vieillissement de la population n'avait pas encore fait sa marque comme il le fait maintenant, et je crois qu'aujourd'hui tout le monde est convaincu, là, de la nécessité de donner à ce problème du vieillissement de la population toute l'attention qu'il mérite pour le système de santé.

Le virage dont j'ai parlé plusieurs fois dans cette commission, qui est le virage des ressources alternatives d'hébergement, c'est également un concept qu'on va étendre partout au Québec, qu'on va vouloir implanter de façon à ce qu'on ait des politiques, au Québec, qui se comparent avec ce qui se fait ailleurs et qui répondent encore une fois aux besoins et aux souhaits des personnes âgées qui ont à vivre une perte d'autonomie progressive.

Et je crois que c'est la tâche qu'on doit se fixer, de donner à nos régions les instructions assez spécifiques quant à la nécessité de déployer plus de ces ressources de type non institutionnel, là, tout en prévoyant en même temps bien sûr le développement de places nouvelles en CHSLD, compte tenu du fait qu'on va déployer ce type de ressource de façon plus ample, au cours des prochaines années.

État de la situation à la Résidence Saint-Charles-Borromée

M. Marsan: Si je peux vous demander une question peut-être un peu plus spécifique: Le dossier de

Saint-Charles-Borromée, vous pouvez me dire où est-ce qu'on en est rendu actuellement, nous faire peut-être un court résumé de la situation qu'on vit... que vivent les patients à Saint-Charles-Borromée?

M. Couillard: Alors, vous savez que l'institution a été placée en administration provisoire et qu'on a renouvelé récemment l'administration provisoire jusqu'en juillet. Je dois dire que le tuteur qui est là, M. Vincent, fait un travail assez admirable. La première phase de constat est terminée. Maintenant, il est dans la phase de changement et d'amélioration des conditions de vie des personnes qui y sont hébergées.

Il y a d'autres organisations qui font ou ont fait enquête également à Saint-Charles-Borromée, comme l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, comme la Commission des droits de la personne qui va également s'impliquer dans ce centre-là. Et je crois que le plan de rétablissement ou de redressement — et j'espère que ce sera le cas — cette fois aura des chances véritables de succès.

Ce qui m'a frappé dans le cas de Saint-Charles-Borromée, puis j'y ai fait allusion à quelques reprises, c'est qu'on m'a montré un jour une coupure de journal un peu jaunie, en me demandant de quelle époque datait cet article, et c'était un article qui traitait de Saint-Charles-Borromée et qui décrivait, avouons-le, des circonstances exactement semblables à celles dont on a entendu parler au cours des derniers mois et en 1995, lorsqu'il y a eu l'équipe qui avait été envoyée par M. Rochon, à l'époque. Et, lorsque j'ai dit, bon, ça doit dater des années quatre-vingt-dix, lors de la première équipe ministérielle, il s'est avéré que l'article datait de 1971.

Donc, on a, depuis plus de 30 ans, dans cet établissement, un problème profond de culture, un problème organisationnel qui semble très, très enraciné, et ce n'est pas en un jour, deux jours ou trois semaines qu'on change ça. Alors, nous, on est disposés à prendre le temps qu'il faut pour rétablir la situation, s'assurer que les bonnes décisions sont prises, que les déficiences qui ont été observées seront corrigées.

Entre autres, la question de l'interprétation de ce qu'on veut dire par le milieu de vie, parce que l'administration précédente avait des bonnes intentions également d'apporter plus de concepts de milieu de vie à Saint-Charles-Borromée, mais il s'est produit en même temps ce qu'on peut appeler un peu la déprofessionnalisation du milieu en ce qui a trait aux soins infirmiers, par exemple, ou aux soins personnels, aux soins corporels des gens. Et ça, ça a eu un impact, je crois, considérable, de même que peut-être le manque de formation du personnel pour faire face au type de clientèles spécifiques qu'il y a à Saint-Charles-Borromée.

Parce que, Saint-Charles-Borromée, ce n'est pas comme les CHSLD dont on discute depuis tantôt. Il y a un pourcentage de personnes — assez élevé — qui sont des personnes plus jeunes, qui sont là en raison de maladies chroniques, de traumatismes ou d'accident vasculaire cérébral et qui ont souvent des troubles cognitifs associés à leurs problèmes et qui n'ont pas du tout les mêmes besoins qu'une clientèle de personnes âgées.

D'ailleurs, dans ce CHSLD là, il y avait deux sites: il y avait Saint-Charles-Borromée et l'autre, je pense, c'est le Manoir de L'Âge-d'or, mais je ne suis pas certain tout à fait du nom, mais je pense que c'est ça. Dans le Manoir de L'Âge-d'or, on retrouve un CHSLD classique avec des personnes âgées et très âgées; à Saint-Charles-Borromée, la moyenne d'âge est beaucoup plus jeune et c'est des besoins complètement différents, et on n'a peut-être pas formé notre personnel adéquatement pour répondre à ces besoins-là. Et c'est ce que le tuteur actuellement est en train de faire, je crois, avec de bonnes chances de succès.

Budget récurrent pour le maintien des actifs immobiliers

M. Marsan: Je sais qu'il ne reste pas beaucoup de temps. Je voudrais quand même terminer le questionnement en revenant sur le dossier des actifs immobiliers.

● (18 heures) ●

On a parlé d'un certain délabrement, je pense que c'est assez évident lorsqu'on peut passer devant certains endroits. C'est dans le domaine des centres hospitaliers de soins prolongés: ça peut être des hôpitaux, ça peut être aussi des écoles. J'en ai vu une dernière-ment; en tout cas, c'était vraiment discutable. Bon, on pourrait faire le procès du passé, et je pense qu'il faut regarder aussi vers l'avenir.

Tantôt, on a signifié qu'il y avait un objectif qui était important, l'objectif du déficit zéro, auquel nous avons souscrit. Par contre, il y a aussi eu des questionnements par rapport à certains investissements, puis je ne voudrais pas trop insister là-dessus, là, mais SGF, Cité du multimédia, etc.

Le but de mon questionnement, c'est que vous avez signifié quand même une majoration des investissements dans le domaine du parc immobilier des différents établissements de santé. Vous avez dit: Je pense qu'on va passer de 40 à 100 ou 110 millions. Mais, ma question, c'est de savoir... Nous avons été habitués à des investissements mais jamais récurrents, des investissements qui étaient donnés pour une année, et il fallait toujours revenir à chaque opération des crédits pour demander: Bien, écoutez, l'année passée, vous nous avez dit que oui, mais, cette année, ça va-tu exister encore? Je voulais vous demander si les investissements qui sont faits vont être récurrents.

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

M. Couillard: Alors, Mme la Présidente, l'enveloppe de maintien des actifs de 40 millions a toujours été récurrente. Cependant, elle n'était certainement pas suffisante pour faire face aux besoins. Je vais corriger. Tantôt, j'ai parlé de 120 millions; c'est 110 millions de nouveaux montants récurrents pour le maintien des actifs.

Le bilan du parc immobilier également a été complété. On a un parc immobilier, en santé et services sociaux, qui comprend 1 317 immeubles, 2 266 bâtiments qui sont propriété des établissements eux-mêmes ou de la Corporation d'hébergement du Québec. Et, si

on avait à remplacer immédiatement tous ces immeubles-là, ça représente 11,2 milliards de dollars. Donc, c'est la valeur approximative du parc immobilier, en termes de coût de remplacement qu'on a actuellement.

C'est intéressant également de voir l'âge des bâtiments. Il y a 15 % des bâtiments qui ont de zéro à 20 ans; 61 %, de 20 à 60 ans — donc, on voit la période maximale où ces établissements ont été construits; et 24 %, le quart, qui ont plus de 60 ans dans des conditions où il y a eu une dégradation critique de plusieurs immeubles à cause de l'insuffisance des mesures de maintien des actifs au fil des années.

Alors, des questions comme l'architecture de base, les toitures, les fenêtres, la structure, les fondations, les charpentes, les systèmes mécaniques et électriques, dans tous ces systèmes-là, il y a des problèmes importants, et on sait que les travaux de correction sont coûteux en raison des nouvelles exigences du Code national du bâtiment, la présence d'une clientèle vulnérable à l'intérieur de ces établissements et le fait qu'on a un réseau qui fonctionne 24 heures par jour et sept jours par semaine.

Donc, on a rehaussé cette enveloppe de maintien des actifs, à compter de 2004-2005, à 110 millions. C'est une enveloppe récurrente pour le maintien des actifs. Les modalités de distribution sont en train d'être déterminées actuellement entre les différentes régions. Et on veut, entre autres, responsabiliser complètement l'établissement en matière de conservation immobilière: c'est-à-dire l'entretien ou le maintien des actifs ainsi que tous les projets de maintien des actifs seront réalisés par l'établissement sous sa maîtrise d'oeuvre, et c'est lui qui en sera imputable de façon à ce qu'on développe également un nouveau système de reddition de comptes à cet effet et qu'on concrétise également notre mesure, par là, de fournir au réseau de la santé des moyens financiers plus adéquats pour maintenir les actifs de ce vaste parc immobilier qui, s'il n'est pas maintenu, va nous conduire à des dépenses d'immobilisations accrues au cours des prochaines années.

M. Marsan: Oui. Je termine. Je sais que mon temps est presque fini.

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

Plan d'entretien préventif des actifs immobiliers

M. Marsan: Mais vous avez parlé aussi d'entretien préventif. Est-ce qu'il y a des systèmes d'entretien préventif qui s'effectuent actuellement ou est-ce que c'est un plan qui va faire qu'on va l'entretenir, notre parc immobilier? Moi, je suis sous l'impression — et vous pouvez sûrement le confirmer — que, jusqu'à maintenant, on a très peu investi du côté de l'entretien préventif. Et, une des raisons pour lesquelles on a un parc délabré, jusqu'à un certain point ou dans certains cas, c'est vraiment ça. Alors, est-ce qu'on prévoit faire des investissements au niveau de l'entretien du parc? Là, je comprends qu'on va le mettre à jour, mais, après ça, est-ce qu'on va être capable de le garder à jour?

M. Couillard: Oui. Il est clair qu'avec 40 millions ce n'était pas suffisant pour faire l'entretien préventif. Il fallait parer au plus pressé puis aller corriger les brèches les plus évidentes — un écoulement d'eau dans le toit ou un problème de ventilation ou d'ascenseur brisé — et l'essentiel des sommes passait à ces dépenses-là sans qu'il soit possible de faire de l'entretien préventif.

Ça va être possible maintenant un peu plus, certainement pas à la hauteur des pleins besoins. 110 millions, ce n'est quand même pas énorme, encore une fois, comparé à la valeur totale des actifs immobiliers. Mais ça va être certainement possible, pour beaucoup d'établissements, de commencer à mettre sur pied un programme d'entretien préventif, ce qu'il était irréaliste de faire jusqu'à ce que l'enveloppe soit augmentée.

M. Marsan: Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Alors, où est-ce que nous sommes rendus? À la gauche! À la gauche toute!

Mme Harel: Je remarque que vous regardez de ce côté, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Ah! Mme la députée, vous savez que ce n'est pas vrai, à part de ça! J'ai passé neuf ans de ma vie assis à ce côté de la table, j'ai un préjugé favorable, même, pour l'opposition, une certaine nostalgie.

Mme Harel: Ah! Ne vous inquiétez pas, l'alternance existe.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Non, non, mais c'est...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): J'ai toujours dit, madame... Mme la députée, j'ai toujours dit — puis je l'ai dit à une de vos ex-collègues qui était assise à peu près à la place de M. le ministre de la Santé, il s'agit de Mme Goupil — que, si on fait de la politique assez longtemps, on va avoir l'occasion de s'asseoir des deux côtés de la table...

Mme Harel: Tout à fait. Voilà.

Le Président (M. Copeman): ...et, parfois, de retourner même.

Mme Harel: Vous, ça fait déjà quelques années.

Le Président (M. Copeman): Ça va faire 10 ans au mois de septembre, oui.

Mme Harel: 10 ans? Bon.

Le Président (M. Copeman): Oui. Alors... Mais j'avais bien indiqué une certaine nostalgie, Mme la

députée, pour l'opposition. Il ne faut pas en mettre plus que le client en demande.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Il y a une excellente réception, hein, pour le 40e anniversaire du ministère de l'Éducation qui se tient au Parlementaire, et je sais que, immédiatement après l'ajournement de nos travaux, on va être capable de monter et saluer M. Gérin-Lajoie et fêter le 40e anniversaire de l'établissement du ministère de l'Éducation. Je sais que ça intéresse tout le monde, ça. Allez-y, Mme la députée.

Statistiques sur les accidents et les incidents survenus dans les centres hospitaliers

Mme Harel: Alors, avant qu'on puisse, comme vous le mentionnez, célébrer ce 40e anniversaire, j'aimerais que l'on aborde la question des accidents et des incidents qui surviennent dans les centres hospitaliers.

Encore une fois, M. le Président, à la question posée par l'opposition officielle, à savoir quelles sont les données et les statistiques sur les accidents et les incidents survenus dans les centres hospitaliers et le bilan de la loi n° 113 modifiant... adoptée il y a à peine deux ans, concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, les crédits engagés à ce chapitre, la réponse a été... vous la devinez?

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: «Cette question n'est pas pertinente à l'exercice de l'étude des crédits.» Alors, elle s'ajoutait aussi à une autre question qui me semble essentielle, qui est la suivante: Le nombre d'établissements qui ont un comité de la gestion des risques et de la qualité, tel que prévu dans la loi. Et la réponse est: «Cette question n'est pas pertinente à l'exercice de l'étude des crédits.»

Bilan de la mise en application des mesures contenues dans la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux

Alors, cette fois-ci, M. le Président, je trouve que, là, on a vraiment exagéré, là. Et je voudrais que le ministère, le ministre prenne ses responsabilités, nous fasse parvenir les informations sur ces accidents et ces incidents qui sont survenus dans les centres hospitaliers, sur le bilan de l'action posée depuis l'adoption de la loi qui porte sur ces questions-là, sur le nombre d'établissements qui ont un comité de gestion des risques et de la qualité.

Et j'aimerais également qu'on aborde l'appui que le ministre entend donner à un nouvel organisme, Fonds d'aide aux victimes d'erreurs médicales, qui est un organisme qui a été créé en novembre dernier — les médias, d'ailleurs, en ont parlé — et qui offre un accompagnement

aux personnes ou aux familles dont un des membres a été victime d'une erreur médicale.

On a abondamment parlé, cette année, de maladies nosocomiales. Je ne sais pas si vous connaissiez ce que c'était, M. le Président, mais il suffit d'en parler pour savoir combien de gens autour de nous sont revenus de l'hôpital parfois plus malades qu'ils y étaient entrés. Alors, c'est ça que ça signifie, nosocomial. Mais je comprends aussi que, bon an mal an, c'est près de 1 500 décès qui surviennent suite à des accidents médicamenteux ou d'autres types d'accidents. Alors, j'aimerais, M. le Président, qu'on n'évite pas d'aborder cette question qui est une question importante, je pense, pour beaucoup de nos concitoyens.

Statistiques sur les accidents et les incidents survenus dans les centres hospitaliers (suite)

M. Couillard: Alors, effectivement, c'est une question importante qu'il faut aborder également avec toute la prudence qu'elle mérite. Je mets en garde les membres de la commission puis le public en général sur les statistiques qui sont présentées en termes de nombre de décès. Il s'agit de statistiques qui sont basées sur des extrapolations de recherches elles-mêmes basées sur des extrapolations, de sorte qu'il n'est pas douteux qu'il existe certainement parmi nous chaque année des incidents désagréables ou malheureux qui peuvent même, dans les cas extrêmes, mener au décès ou à l'aggravation d'une pathologie. Mais personne n'a le chiffre réel, et, une façon d'obtenir le chiffre réel, c'est de changer complètement l'attitude et la culture qui entourent ce problème-là.

● (18 h 10) ●

Alors, un pas a été franchi effectivement avec l'adoption de la loi n° 113, un pas dans la direction de la transparence et de la divulgation des incidents, dont on a vu le résultat d'ailleurs récemment dans ce qui a entouré et la question de l'Hôpital Sainte-Justine et la question de l'alésioir à cotyle pour les opérations de remplacement de la hanche.

Moi, j'ai connu une époque où ce genre d'incident n'aurait jamais, jamais été public. Je pense que je peux le dire de façon très claire. Ça ne veut pas dire... Parce que, là, on a l'impression auprès du public qu'il y a des problèmes maintenant qui n'existaient pas auparavant. Les problèmes étaient là, mais on n'en entendait pas parler. Alors, maintenant, on a introduit, à la faveur de la loi n° 113, cette culture de transparence et de divulgation qui est une très bonne chose.

Bilan de la mise en application des mesures contenues dans la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (suite)

Je vais parler maintenant de l'implantation de la loi puis, également, d'autres commentaires sur ce problème en général, parce que c'est une question qui est tout à fait intéressante et, également, prioritaire, je crois, pour notre système de santé.

Alors, entre autres, la loi n° 113 prévoyait l'implantation de comités de gestion des risques, un comité au national, qui est en place et présidé par le Dr Sainte-Marie,

également un comité dans chaque établissement. On est en train, là — vous allez dire que c'est un peu comme j'ai mentionné tantôt, mais c'est la réalité, il faut faire des bilans — on est en train de faire le tour des établissements. En juin prochain, on devrait avoir le bilan complet des établissements qui se sont effectivement dotés d'un comité de gestion des risques. Mais ça ne doit pas arrêter là. Je pense qu'il faut poursuivre notre réflexion dans ce domaine-là quant à la façon dont on s'occupe de ce problème d'incidents médicaux.

D'abord, de quoi parle-t-on? On parle d'incidents évitables, parce que les soins médicaux infirmiers sont, par nature même, des entreprises humaines dans lesquelles l'erreur se produira toujours. Il est illusoire de penser qu'on n'aura jamais un système de soins de santé dans lequel il n'y a pas d'événements malheureux ou d'erreurs. Ce qu'on veut, c'est minimiser d'abord le nombre de ces erreurs; deuxièmement, éviter, si possible, de faire la même erreur deux fois; et s'assurer que, lorsqu'une erreur est produite, qu'elle soit l'occasion d'améliorer la qualité du système de santé de façon à ce que les prochaines personnes ne soient pas victimes du même problème.

Et le problème qu'on a actuellement, c'est qu'on a encore largement... malgré l'adoption de la loi n° 113, le système de compensation des fautes médicales — si je prends cet élément — est encore largement un système punitif basé sur l'identification du ou de la coupable et de la pénalité financière qui, en fait, est assurée par les assureurs divers mais qui sert à déterminer qui est le coupable.

Or, en pratique, M. le Président — et les travaux de plusieurs groupes le montrent partout dans le monde — c'est rarement le résultat d'une personne, un événement évitable. C'est en général une cascade d'événements et un problème de système plus que d'individus. Donc, il faut apprendre deux choses. D'abord, il faut apprendre à poser le problème en tant que système et non pas qu'individu. Par exemple, lorsqu'on va enquêter sur un incident dans un hôpital, on ne devrait pas demander: Qui a fait ça? On devrait demander: Qu'est-ce qu'il s'est passé? Qu'est-ce qui a fait en sorte que ceci s'est produit? Et la personne qui explique ce qui s'est produit, elle ne devrait pas être pénalisée — et d'ailleurs ça se fait dans certains établissements avec succès — elle devrait être remerciée.

Alors, par exemple, lorsqu'on annonce au public que, dans un hôpital, on s'est rendu compte qu'il y a un instrument d'orthopédie qui avait été mal stérilisé, au lieu d'agiter les bras en l'air puis de blâmer l'hôpital, on devrait dire: Merci, messieurs dames du centre hospitalier X, d'avoir divulgué cette information. Vous voyez, déjà ça nous permet d'améliorer le système de santé pour les autres patients qui auront à subir cette chirurgie-là, et c'est quelque chose qu'on doit également étendre aux individus. Parce que, dans la question de la surveillance de la qualité ou du maintien de la qualité, c'est un aspect qui est absolument essentiel. C'est prouvé que tout système qui est punitif, basé sur la culpabilisation de l'individu, n'a que très peu d'impact sur l'amélioration des soins; c'est une illusion de penser qu'on va, avec ça, améliorer la qualité des soins.

Alors, il faut vraiment basculer vers cette question de système, réfléchir collectivement sur la façon dont

on compense les erreurs médicales, se souvenir également qu'on doit compenser les erreurs évitables, parce que des erreurs, il y en aura toujours et elles font souvent partie, malheureusement, du continuum de soins, de ce qu'on appelle les effets secondaires d'un traitement qui, parfois, peut être très efficace. Alors, vous voyez que c'est vraiment, là, une situation qui est complexe, qui déborde de beaucoup le simple contexte de la loi n° 113, et, moi, je crois qu'on doit ensemble, tous parlementaires confondus, et avec la population éventuellement entreprendre une réflexion très serrée de ce côté-ci.

Maintenant, on a également — le ministère — commandé une étude dans les centres hospitaliers sur les accidents et incidents quant au nombre réel de ces incidents. Mais je rappelle qu'on n'aura peut-être pas le nombre exact, hein, compte tenu des limitations que je viens de mentionner. Ce n'est pas nécessairement certain qu'on va avoir le portrait véritable et concret de la situation. On aura peut-être une meilleure façon de le faire, une meilleure façon d'en avoir une idée comme ça.

Parce que j'assistais récemment à une conférence, à Toronto, sur le sujet — qui était d'ailleurs fort intéressante — et le conférencier étudiait différentes façons de dépister les accidents évitables dans un hôpital et concluait que la façon la moins efficace, c'est un système de déclaration volontaire des incidents. Parce que les gens n'auront pas comme tendance, et c'est humain, de se présenter et de dire: Bien, écoutez, regardez, j'ai fait cette erreur-là. C'est au moment où on change l'optique vers une approche systémique, vers une approche de collectivisation, si vous voulez, de la responsabilité que, là, on obtient une véritable idée de ce qui se passe dans nos centres hospitaliers. Puis là je pourrais parler longtemps là-dessus parce qu'il y a de nombreuses études qui ont été faites à ce sujet-là.

Donc, le rapport donc sur ces accidents et incidents devrait nous parvenir en juin, également en même temps qu'on aura une idée du nombre de comités de gestion des risques qui existent. Mais j'encourage les gens à rester prudents parce que je ne crois pas qu'on puisse affirmer que ce rapport, compte tenu des limitations que j'ai expliquées tantôt, nous donnera une idée réaliste et réelle de la situation.

Mesures de soutien au Fonds d'aide aux victimes d'erreurs médicales

Mme Harel: Merci, M. le Président. Je citais un chiffre de décès, soit 1 500, puis... c'est-à-dire 1 200 que j'ai retrouvé, je pense, dans *L'Actualité médicale* du 19 février dernier. Mais, quoi qu'il en soit, je pense que tout le monde est conscient qu'il y a un problème, hein, je pense que l'exposé que le ministre vient de faire le démontre, en fait. La question est plus de savoir comment faire l'approche de ce problème pour tenter d'en résoudre, en tout cas, tout ce qui est possible de résoudre.

Mais, en attendant, il y a des victimes d'erreurs médicales, et ces victimes sont soit décédées ou encore vivantes. Et ce qu'elles nous disent, c'est que porter plainte est un processus tellement complexe et tellement lourd que ces personnes se demandent souvent si ça n'a pas été conçu pour les décourager de porter plainte.

Porter plainte, d'abord il faut obtenir l'information, l'information des archives médicales, ce qui n'est

pas toujours évident, et bon nombre de personnes me disent que c'est très complexe obtenir un dossier médical. D'autant plus que souvent la feuille de route d'un patient à l'urgence est détruite dès qu'il a quitté l'urgence de l'établissement, hein? Je pense que c'est une procédure qui est en usage, là, ce qu'ils appellent les feuilles de route de patients, le système cardex, soient détruites au moment où le patient quitte l'urgence.

Alors, d'autant plus que par la suite, là, il y a le médecin examinateur, il y a le commissaire aux plaintes de l'établissement, avec toutes les difficultés que l'on sait d'autonomie de l'évaluation du commissaire aux plaintes, et puis, par la suite, il y a le Protecteur des usagers. Et, le Protecteur des usagers, ses recommandations ne sont pas exécutoires, ce sont des recommandations qui, malgré leur bien-fondé, très souvent n'ont que le suivi du papier sur lequel elles sont écrites.

Alors, il y a un resserrement extrêmement important, je pense, à faire pour accompagner les victimes d'erreurs médicales. Et je sais qu'il y a une demande qui a été transmise au ministre par l'organisation de Fonds d'aide aux victimes d'erreurs médicales, et j'espère que le ministre va regarder d'un oeil favorable les demandes budgétaires qui lui ont été adressées.

M. Couillard: Bien, on va étudier cette demande. Mais là, encore une fois, il y a un récif, c'est qu'il ne faut pas confondre compensation des erreurs médicales avec compensation de tous les incidents malheureux qui surviennent en cours d'un traitement. Et c'est souvent le problème qu'on a lorsqu'on converse avec malheureusement les gens qui ont eu la douleur de vivre un incident semblable, c'est qu'il existe des complications qui sont des complications inévitables, qu'il existe des complications qui sont des complications évitables, et, celles qu'une société a le devoir de compenser, ce sont les complications évitables. Et, actuellement, on a dressé non seulement au Québec, mais ailleurs en Amérique du Nord, un système qui est essentiellement un système de judiciarisation du processus où l'essentiel des sommes, si on l'analyse correctement, ne va pas nécessairement aux patients eux-mêmes.

● (18 h 20) ●

Alors, je crois qu'il faudrait éventuellement, encore une fois, se livrer à une réflexion qui pourrait commencer d'ailleurs ici, à l'Assemblée nationale, une réflexion sur cette question qui impliquerait les différents acteurs de la population parce qu'il y a des rapports par le passé, dont le rapport Pritchard, qui ont montré ce que je viens de dire: c'est que le maintien d'un système judiciaire punitif, malgré ce qu'on pense, n'est pas nécessairement une garantie d'amélioration de la qualité des soins.

Il faut savoir qu'est-ce qu'on vise en bout de compte. Est-ce qu'on vise la punition de la personne responsable? Est-ce qu'on vise la compensation? C'est une bonne chose pour la personne victime d'une erreur évitable. Et est-ce qu'on ne doit pas finalement viser, d'abord et avant tout, l'amélioration du système de santé à la faveur de chaque incident? Et, moi, je crois que c'est le troisième élément qui doit nous guider si on veut apporter vraiment une amélioration puis minimiser ces incidents-là, et c'est le genre de sujet que j'aimerais beaucoup, moi, éventuellement aborder dans le cadre d'une consultation ici, à l'Assemblée nationale.

Mme Harel: Bon, alors on en prend bonne note, d'autant plus que comme société on a choisi d'accompagner les personnes victimes d'accidents de travail, d'accidents d'automobile, de victimes d'actes criminels, alors que, dans le cas des victimes d'erreurs médicales ou d'erreurs médicamenteuses, c'est tout le processus judiciaire qui est très, très complexe, qui se met en branle avec les poursuites et avec toutes ces évaluations médicales de part et d'autre, avec le coût que ça peut représenter. Je ne sais pas s'il y a eu une évaluation du coût des... comment appelle-t-on ces évaluations, là, qui sont réclamées par les avocats...

M. Couillard: Oui, des expertises.

Mme Harel: Des expertises. Les avocats de part et d'autre qui réclament des expertises...

M. Couillard: Oui...

Mme Harel: ...et on me dit qu'il peut y avoir dans un dossier cinq, six, sept expertises médicales. J'imagine que ça représente un coût considérable.

M. Couillard: Oui. Et puis le rapport Pritchard dont on parlait, qui a été fait au Canada pour la fin des années 1980 — il y a des travaux... il y a un article du *New England Journal of Medicine* également d'il y a quelques semaines qui parle exactement de cette question-là — avait montré que 80 % de l'argent qu'on met là-dedans va au système et à peu près 20 % finit par aller aux victimes.

Alors, on a un problème... on a un problème, et puis on parlait... vous parliez avec justesse, Mme la députée, de l'accompagnement qu'on fait des victimes d'accidents de travail, d'accidents d'automobile, victimes d'actes criminels. On a également un système, comme vous le savez, de compensation pour les complications des vaccinations au Québec. On a un système de santé entièrement public. Est-ce qu'il n'y a pas une logique à suivre là? Mais, encore une fois, ça nécessite une réflexion très poussée.

Programme de vaccination des enfants contre les infections à pneumocoque

Mme Harel: Vous parliez de vaccination. M. le Président, j'aimerais porter à l'attention du ministre des représentations qui sont faites un peu partout à travers le Québec sur l'absence de programme de vaccination qui s'adresserait aux enfants, un vaccin antipneumocoque... contre les infections à pneumocoque. On m'indique qu'il y a plus de 18 000 cas d'infection à pneumocoque chez les enfants au Québec et que ces infections, en fait, bactériennes, se manifestent sous forme de pneumonies, d'otites, de méningites, d'infections du sang, etc., avec toutes les conséquences néfastes que l'on sait.

Alors, est-ce que le Québec a étudié cette question d'immunisation par le vaccin, là, antipneumococcique et les coûts directs du traitement d'une telle infection? La consultation à l'hospitalisation, le traitement, on me dit que ça varie de près de 300 \$ pour une otite jusqu'à 10 000 \$ pour une méningite.

Alors, le vaccin coûterait moins de 300 \$, me dit-on, pour la série complète des quatre doses. Ce sont

notamment, là, des médecins de région, notamment l'Abitibi, qui font des représentations à cet égard. Semble-t-il que plusieurs provinces, dont le Manitoba entre autres, ont déjà pris des décisions en faveur, si vous voulez, d'un tel programme d'immunisation. Alors, qu'en serait-il pour le Québec?

Le Président (M. Copeman): Je crois d'ailleurs, M. le ministre, Mme la députée, que le protocole d'immunisation du Québec ainsi que le Comité consultatif national d'immunisation recommande au ministère de procéder à un calendrier habituel de vaccination pour les enfants 0-2 en priorité et, ultimement, pour tous les enfants 0-5 au Québec.

C'est également une question qui me préoccupe. Vous connaissez, M. le ministre, mon implication avec l'École orale de Montréal pour les sourds. Et j'ai cru comprendre que ce vaccin peut — peut — prévenir, entre autres, l'effet des otites répétitives. Ça peut prévenir des déficiences auditives chez les jeunes. Alors, la question m'intéresse également au plus haut point.

Mme Harel: D'autant plus que, dans les crédits — je termine sur cela — dans les crédits, il y a une diminution de 6 millions de dollars à l'égard d'achat de vaccins et de produits biologiques entre l'an passé et cette année, 6 millions de moins. Est-ce qu'il y a une explication à ça?

M. Couillard: Bien, c'est certain, on doit avoir l'explication. C'est probablement lié à des facteurs de taux d'intérêt puis de facteurs de change certainement liés à la diminution de nombre de vaccins qu'on achète, là.

Maintenant, la question de la vaccination au pneumocoque, c'est une question effectivement très à point. Je vais commencer par brosser un portrait puis, ensuite, je vais dire ce qu'on a, ce qu'on entreprend au Québec là-dessus.

Effectivement, le pneumocoque est une bactérie... cause d'abord des méningites, une maladie très grave qu'on connaît, et, également, des pneumonies, d'où le nom «pneumocoque», parce que c'est une bactérie souvent associée aux pneumonies, et, une maladie d'enfant que tous les parents du Québec connaissent bien, c'est l'otite, l'otite moyenne aiguë. Il y a une grande partie, là, qui... on dit que 30 % à 40 % des otites d'enfants sont causées par le pneumocoque dont certaines peuvent se compliquer; vous en avez mentionné un exemple.

Alors, on a évalué également que le fardeau économique de tous ces problèmes de santé causés par le pneumocoque, en termes de coûts directs pour le système de soins, il représente autour de 9 millions de dollars, et, en termes de fardeau indirect pour les familles — absentéisme, etc. — coût social, si on veut, 19 millions, donc un total de coûts directs et indirects de plus de 25 millions de dollars, probablement autour de 28 millions de dollars.

Alors, tout ça pour dire que la validité, ne serait-ce que la validité économique au-delà même de la validité scientifique, n'est plus à démontrer. Le groupe d'experts de vaccination dont vous avez parlé continue actuellement ses travaux, va nous déposer son rapport final à l'automne pour ce qui est du déploiement de

l'infrastructure nécessaire à entreprendre cette vaccination. On l'entreprendra probablement dès la fin de l'année 2004-2005, et elle sera complètement en place pour 2005-2006, cette vaccination pour le pneumocoque.

Une voix: C'est un coût de 20 millions.

Mme Harel: Très bien.

M. Couillard: Et je voudrais rajouter, M. le Président, que ça représente un coût de 20 millions de dollars. Donc, 20 millions de dollars par année contre des coûts directs et indirects de 28 millions.

Le Président (M. Copeman): On a entendu parler, plus tôt ce matin... cet après-midi, le duo Lévesque-Kierans; là, on vient de partir un duo Harel-Copeman dans un dossier. Je pense que c'est très prometteur.

Mme Harel: J'espère qu'on va s'inspirer justement de ce duo célèbre Lévesque-Kierans.

Mesures visant à favoriser le dépistage de la maladie d'anémie falciforme

M. le ministre, j'aimerais profiter de quelques minutes qu'il nous reste pour vous parler d'un dossier sur lequel on pourrait certainement revenir à l'occasion de nos travaux demain mais qui me tient beaucoup à coeur et c'est celui de la maladie d'anémie falciforme.

C'est une maladie qui atteint les personnes de race noire. On dit qu'une personne sur 10 a le gène; c'est une maladie génétique. Et les personnes qui m'ont fait des représentations ont beaucoup insisté auprès de moi pour que je souligne que ce n'est pas une carence alimentaire mais c'est vraiment une maladie génétique. Et il y a un enfant sur 400 de la communauté noire haïtienne-africaine qui en est atteint. Et, lorsque les deux parents ont les composantes de la maladie, il y a 25 % de risque que l'enfant en soit atteint. Et ce qu'on m'a décrit de cette maladie m'a vraiment bouleversée parce que c'est une maladie qui amène énormément de douleur chez l'enfant ou la personne qui en est atteinte. Alors, j'ai un dossier qui m'indique qu'il y a peu de prise en charge actuellement, et pourtant la communauté noire montréalaise et québécoise, mais en particulier montréalaise, s'est beaucoup, beaucoup agrandie. Alors, c'est un problème de santé publique, et, au Québec, c'est traité comme un problème de maladie tropicale, comme un problème de maladie ethnique, si vous voulez.

● (18 h 30) ●

Je pense que... il y a des intervenants qui font des efforts réels, certainement. Je pense à Sainte-Justine ou je pense à l'Institut de recherches cliniques de Montréal et au Dre Marie Trudel, mais il n'y a pas véritablement, comme c'est le cas pour d'autres maladies génétiques au Québec — que l'on connaît notamment dans certaines régions comme le Saguenay—Lac-Saint-Jean — il n'y a pas cette approche intégrée de soins, de recherches à l'égard de cette maladie qui concerne la communauté noire.

Alors, vous voyez, par exemple, je prenais connaissance de certaines correspondances échangées notamment avec l'Association d'anémie falciforme du Québec

où toutes les portes se ferment au fur et à mesure. Enfin, ce qu'on leur offre, c'est de se rendre dans une urgence quand la situation est très, très aiguë. Alors, il y a tout le problème aussi des crises de douleurs et la difficulté d'avoir accès à des analgésiques parce que c'est des analgésiques extrêmement puissants. Je voudrais vous entendre sur ce dossier-là.

M. Couillard: Oui. C'est un dossier qui m'est familier parce que, dans mes années de pratique au Moyen-Orient, le peuple arabe également et pas uniquement les Noirs sont très touchés par cette maladie-là, et je vais juste en brosser un tableau pour parler par la suite de la situation actuelle au Québec.

Évidemment, c'est une situation avec laquelle on devient de plus en plus familier, compte tenu de l'augmentation des communautés. Parce que, même si on ne veut pas employer le terme «maladie ethnique» de façon péjorative, il n'en reste pas moins que, dans la réalité, c'est une maladie qui est liée effectivement à certaines communautés ethniques.

Et ce qui arrive, c'est que, dans certaines conditions, les globules rouges se déforment et bloquent les vaisseaux sanguins. Alors, ça donne des crampes lorsque ce sont des vaisseaux dans les muscles. Ça peut donner également des infections osseuses, ce qu'on appelle les ostéomyélites. Puis j'ai moi-même eu l'occasion là-bas d'opérer des enfants qui avaient des ostéomyélites du crâne à cause de ces crises, là, d'anémie falciforme.

Alors, également, il faut être au courant de la présence même du trait récessif de la maladie parce que ça donne une intolérance à certains types de médicaments dont certains antibiotiques, par exemple, qui peuvent donner une réaction assez grave si on a le trait récessif en question.

Alors, il existe actuellement — je dois dire que, là, on a un retard à prendre parce que la prise de conscience du phénomène est en train de s'implanter — il existe dans nos grands hôpitaux pédiatriques, notamment à Sainte-Justine et au Children's et probablement ici, à Québec, des cliniques de suivi de ces malades-là.

On a actuellement une demande de soutien pour l'organisme de la communauté noire pour les aider. On est en train d'évaluer cette demande-là, et j'ai l'impression qu'on va y donner une attention très favorable.

Toute la question se pose maintenant de la pertinence de faire un dépistage génétique dans la population en question. Parce que, le fait de savoir d'avance si la personne est porteuse du trait qui est un trait récessif, c'est pour ça que ça prend deux personnes porteuses du trait pour avoir 25 % de chances d'avoir un enfant atteint, bien, c'est important non seulement pour la planification familiale des personnes, mais également de savoir si ce sont des personnes qui sont susceptibles d'avoir des effets secondaires en présence de certains médicaments.

Alors, la pertinence de ce programme de dépistage est actuellement à l'étude à la Direction générale du système de santé et des affaires universitaires. Dans le cadre du vaste problème du dépistage génétique, on a eu récemment un souci sur la maladie de Tay-Sachs, qui est une autre maladie associée à la communauté juive surtout, mais qui est également très grave. Alors,

c'est quelque chose qu'on doit faire, et ça fait partie de notre adaptation aux changements démographiques de notre société.

Mais, pour ce qui est de la conscience de la gravité du phénomène, je rassure les membres de la commission et les gens qui nous écoutent qu'on est très conscients de l'importance du phénomène. Si des gens se sentent négligés, ce n'est pas certainement le but qu'on poursuit. On va vouloir les soutenir, et on regarde actuellement la pertinence de se livrer, d'après moi, à ce qui est le plus utile en pratique, qui est le dépistage génétique, parce que, même si on a la maladie, il n'y a pas moyen directement de prévenir les crises, hein? Les crises vont se produire de toute façon, mais on peut minimiser la survenue de circonstances qui favorisent les crises en question.

Mme Harel: Et, vraiment, c'est ce dépistage que demande l'Association anémie falciforme du Québec. L'association me remettait copie d'une lettre qui avait été signée par le sous-ministre Bureau à l'attention du Dr Soulières, qui est hématologue et oncologue à l'Hôpital Notre-Dame.

C'est une lettre qui date du 8 juillet 2003 et qui se terminait comme suit: «Les budgets accordés aux centres hospitaliers universitaires le sont en tenant compte des programmes nationaux. Aucun budget supplémentaire ne sera donc accordé au CHUM pour le développement de ce programme spécifique.»

Alors, ce qui arrive, c'est que déjà le CHUM, avec le redressement budgétaire et l'ensemble des autres pressions, si vous voulez, sur l'ensemble des soins à donner, ne peut pas, sur ses propres budgets, s'assurer d'un programme national qui dans le fond devrait être mis en place par le ministère, pas simplement à Montréal, à Québec aussi.

Alors, je termine, M. le Président, en vous disant que le dépistage doit être considéré comme une priorité, n'est-ce pas, dépistage aussi néonatal, mais, l'idéal, c'est l'amniocentèse, évidemment.

On me dit que c'est surtout dans les pays où s'est trouvée une situation de malaria endémique, là, au fil des siècles ou presque. Alors, je pense que la rencontre de la santé publique qui devait avoir lieu n'a jamais eu lieu. Elle était prévue à l'automne dernier; là, on est au printemps, les choses retardent. Je pense qu'il faudra exprimer une volonté politique très forte, là, pour qu'il se passe quelque chose dans ce dossier-là.

M. Couillard: Évidemment, malheureusement, dans nos sociétés, la prise de conscience est toujours un peu en retard par rapport au phénomène, hein, c'est quelque chose qui est fréquent. Mais je dois dire que, personnellement, moi, j'ai conscience de l'importance du phénomène puis je veux transmettre cette préoccupation.

La question du dépistage génétique se fait toujours en regard du nombre de cas éventuels. Alors, quand on évalue, par exemple, la pertinence de faire un dépistage massif de la maladie de Tay-Sachs, on évalue ça par rapport aux cas réels puis aux foyers de survenue de la maladie. Même chose pour l'anémie falciforme, compte tenu de l'augmentation de notre population d'origine africaine ou une population proche, je crois qu'on doit considérer certainement cette avenue-là.

Pour ce qui est de la clinique à laquelle on faisait mention, on me précise qu'on considérerait — et ce sera quelque chose qu'il serait possible de revoir avec l'établissement — que l'établissement en question, disposant déjà d'une clinique d'hématologie tertiaire, a un budget qui normalement devrait lui permettre de faire cette activité-là. Mais, si l'établissement estime que ce n'est pas possible, bien sûr on est disposés à les entendre et voir quels ajustements sont possibles.

Le Président (M. Copeman): J'apprécie beaucoup cet échange, M. le ministre, Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve. Mon épouse est généticienne de formation, et, parfois, je pense, après 21 ans de mariage, que je ne comprends pas ce qu'elle fait. Mais je me suis rendu compte, quand on parle de dépistage génétique, que je connais ça plus que je pensais et qu'on a, je crois, presque failli éliminer Tay-Sachs, presque. Avec le dépistage génétique, l'incidence de Tay-Sachs est beaucoup en diminution, même programme pour «beta thalassaemia», et je suis encouragé par les propos du ministre de la Santé au sujet du «sickle cell anemia» qui devient un problème de plus en plus important dans notre société.

Sur ce, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'après la période des affaires courantes demain. Je vous remercie tous et chacun, on a bien travaillé aujourd'hui, et... Bien, c'est ça. M. le ministre, vous auriez un dernier mot, peut-être?

M. Couillard: Bien, on me donne un mot que je trouve approprié de Frédéric Chopin: «Les gens qui ne rient jamais ne sont pas des gens sérieux.»

Je constate qu'on a...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Je souscris entièrement à cette citation.

M. Couillard: Et je constate qu'on a tous terminé la journée de meilleure humeur qu'on ne l'a commencée.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission est ajournée.

(Fin de la séance à 18 h 39)