

ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

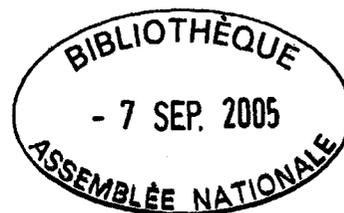
TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente
des affaires sociales

Le mardi 17 mai 2005 — Vol. 38 N° 126

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



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
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

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 mardi 17 mai 2005 — Vol. 38 N° 126

Table des matières

Organisation des travaux	1
Santé	3
Remarques préliminaires	3
M. Philippe Couillard	3
Mme Louise Harel	6
Discussion générale	9
Variation du budget de dépenses	9
Déficit du réseau de la santé	10
Transferts fédéraux en matière de santé	11
Croissance structurelle des coûts et financement des priorités d'action	12
Services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement	13
Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois	14
Prévention des infections nosocomiales	16
Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois (suite)	18
Nouveau mode d'allocation des ressources	19
Hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie	19
Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois (suite)	19
Nouveau mode d'allocation des ressources (suite)	20
Hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (suite)	20
Engorgement des salles d'urgence	21
Soutien à domicile et projets novateurs pour les personnes âgées en perte d'autonomie	22
Réseaux universitaires intégrés de santé	24
Hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (suite)	25

Autres intervenants

M. Russell Copeman, président

Mme Diane Legault

Mme Sylvie Roy

M. Jean-Pierre Paquin

Mme Francine Gaudet

M. Daniel Bernard

Le mardi 17 mai 2005 — Vol. 38 N° 126

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

(Neuf heures quarante minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle que nous sommes réunis, ce matin, afin d'étudier, plus précisément de débiter l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2005-2006.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Girard (Gouin) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle, chers collègues, ainsi qu'à tous ceux qui sont présents dans la salle, que l'utilisation des téléphones cellulaires et des autres appareils semblables est interdite pour ne pas entraver le bon fonctionnement des travaux de la commission. Alors, je prierais tous ceux qui en font usage de bien vouloir les mettre hors tension.

Organisation des travaux

Je vous rappelle que l'enveloppe de temps allouée pour l'étude des crédits du portefeuille ministériel Santé et Services sociaux est de 20 heures, dont 15 heures seront consacrées à la santé et cinq heures consacrées aux services sociaux.

Selon le tableau qui a été déposé à l'Assemblée nationale, le tableau de l'étude des crédits, chers collègues, il est prévu que nous siégeons, ce matin, sur les questions de santé. Ça se poursuit demain matin également. Jeudi, il est prévu que nous siégeons toute la journée mais sur le volet Services sociaux, jeudi, le matin et l'après-midi également. La commission va également siéger vendredi mais sur un autre mandat.

Alors, en ce qui concerne Santé et Services sociaux: ce matin, demain matin, toute la journée de jeudi sur les questions de services sociaux. Nous allons reprendre nos travaux sur les questions de santé mercredi le 25 de la semaine prochaine, toute la journée. Et je vous rappelle simplement que c'est le début de la période de session intensive, ce qui implique, mercredi le 25, que nous allons siéger... Il est prévu qu'on siège jusqu'à minuit sur l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, et c'est tout.

En ce qui concerne l'ordre de l'étude des crédits, je ne sais pas s'il y a une précision à faire à ce moment-ci. J'ai cru comprendre qu'on peut préciser, je crois — je crois — ou tenter de préciser quand est-ce que nous allons procéder à l'étude de la Régie de l'assurance maladie du Québec et de l'Office des personnes handicapées du Québec. Est-ce qu'il y a des interventions là-dessus, sur ces deux programmes- là? Mme la députée de Chambly.

Mme Legault: Merci, M. le Président. Est-ce qu'on peut convenir qu'on pourrait recevoir l'OPHQ le 19 mai, en après-midi, à 15 heures, après la période des questions?

Le Président (M. Copeman): Ça, c'est le programme 3.

Mme Harel: C'est ça. Il faut qu'il y ait des ententes entre les leaders, là. Nous, on ne peut pas donner de consentement, là, maintenant.

Le Président (M. Copeman): O.K. Bien, écoutez, selon les informations informelles que j'avais, c'est l'entente, on va le vérifier, mais, en ce qui concerne les informations que je détiens à ce moment-ci, si jamais ça change, on verra.

Pour la Régie de l'assurance maladie du Québec, est-ce qu'il y a une plage horaire qui est également définie à ce moment-ci?

Mme Legault: Je comprenais que c'était celle du 25 mai, de 15 heures à 18 heures.

Mme Harel: On peut, M. le Président, convenir que c'est le mercredi, à partir de 15 heures, mais on ne peut pas, à ce moment-ci, là, consentir à ce que ce soit à 18 heures. Ça dépendra de l'échange qui se déroulera.

Le Président (M. Copeman): Je comprends. Mais au moins on peut préciser que l'étude de ce programme-là va débiter mercredi, à 15 heures, puis, dépendamment du déroulement des travaux, on verra à la fin. Mais au moins on peut déjà préciser le début de cette étude qui est prévue pour mercredi, à 15 heures. Mme la députée, oui, allez-y.

Mme Legault: Oui. J'ai une question aussi de clarification. Pour les cinq heures dans lequel on va traiter du volet Services sociaux, jeudi, est-ce qu'on peut clarifier la répartition, là, du temps?

Mme Harel: Non. Je pense, M. le Président, là, que c'est assez préoccupant que nous n'ayons eu les cahiers de réponses contenant les renseignements que l'opposition souhaitait obtenir que ce matin, à 9 h 15. Alors, nous ne pouvons pas savoir, à ce moment-ci, là, comment vont se dérouler exactement les travaux. Je n'ai pas besoin de vous dire, M. le Président, que, pour un budget de 20 milliards de dollars, le contrôle parlementaire que nous sommes supposés exercer, comme membres de cette commission, est difficile quand les renseignements les plus névralgiques nous arrivent à la dernière minute.

Le Président (M. Copeman): Bon. Alors, à ce moment-ci...

Une voix: M. le Président, sur ce point.

Le Président (M. Copeman): Oui. Mais ce que je comprends, c'est qu'à ce moment-ci nous ne pouvons pas préciser de façon assez claire l'utilisation du cinq heures. Il était prévu par contre, dans le tableau qui a été déposé, que la commission fera l'étude du volet Services sociaux jeudi. Ça, c'est par entente entre les deux leaders, selon le tableau déposé. Mais je comprends, à ce moment-ci, qu'on ne peut pas préciser davantage l'utilisation de ce temps-là.

Mme Roy: M. le Président.

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

Mme Roy: Sur le point soulevé par ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, moi, je n'ai pas encore reçu le tome II de l'étude des crédits, et nous avons débuté. Il me semble, là, assez primordial qu'on reçoive au moins les documents avant de commencer, si on veut faire un exercice sérieux ici.

Le Président (M. Copeman): Écoutez, on m'informe que ça devrait arriver d'un instant à l'autre.

Mme Roy: On va commencer sans qu'on ait les documents? Je pense que...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, il y a certaines traditions en ce qui concerne évidemment la transmission de ces informations-là, mais j'ai pris la peine de vérifier, ce matin, toute la question de la transmission de ces informations. Il y a une décision rendue, le 7 mai 1998, en Commission des transports et de l'Environnement, par le président Lachance, concernant la transmission de ces documents-là. C'est la décision 282/1, dont je vous fais grâce de toute l'argumentation. Mais la décision est très claire que...

Je cite la décision: «Contrairement à ce que l'on retrouve dans le règlement pour la vérification des engagements financiers, l'Assemblée nationale n'a pas prévu de règle particulière pour obliger les ministères à fournir aux commissions parlementaires l'information utile à l'étude des crédits.

«La transmission de renseignements préparatoires à l'étude des crédits ne résulte pas de l'application d'une disposition du règlement ni d'un ordre de l'Assemblée, mais d'une entente entre les leaders. Cette pratique, qui s'est développée avec les années, résulte d'une collaboration entre les groupes parlementaires afin que le débat en commission se fasse avec le meilleur éclairage possible...»

En tant que président de la commission, je ne peux pas statuer autrement. Je comprends très bien, étant donné que je suis un parlementaire comme vous, que ce n'est pas la situation idéale, mais, en termes de l'application du règlement, je n'y peux rien. Mme la députée, oui.

Mme Roy: Franchement, M. le Président, avant d'être députée, j'étais avocate. On défendait quelqu'un qui était accusé de vol à l'étalage. Quelques mois auparavant, avant le procès, on avait toute la divulgation de la preuve pour nous permettre de bien se documenter et bien faire notre travail. Je suis maintenant députée et j'ai à critiquer un budget de quelques milliards, et nous commençons, et

nous n'avons pas les documents. Je vous transmets mon indignation.

Le Président (M. Copeman): C'est reçu. Est-ce qu'il y a des propositions sur la façon de procéder en termes de temps de parole, échange, ainsi de suite? Mme la députée de Chambly, oui.

Mme Legault: Moi, je propose, M. le Président, que nous fonctionnions en alternance, que nous disposions d'un temps de 20 minutes par groupe.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Bien, on va entendre la proposition, Mme la députée, puis on va réagir.

Mme Legault: Je fais cette proposition-là...

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Legault: ...qu'on la fasse par groupe et que l'alternance de l'opposition soit suivie de celle de Mme la députée de Lotbinière.

Le Président (M. Copeman): Alors, il y a une proposition sur la table. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, vous voulez réagir?

Mme Harel: Certainement, parce que je voudrais, M. le Président, que nous respections l'entente entre les leaders. Cette entente entre les leaders est à l'effet qu'il y a une alternance mais que, sur un même bloc, chaque groupe pose des questions sur le même sujet. Alors ça, c'est l'entente dont mon collègue le député de Vachon a fait état.

Le Président (M. Copeman): Moi, je ne suis pas au courant d'entente entre les leaders. On va tenter de préciser des choses.

Mme Roy: M. le Président?

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

Mme Roy: Quant à moi, je pense que la façon que nous procédions hier était... Ça a bien été. Je constate qu'on pourrait récidiver, c'est-à-dire 20 minutes pour le Parti libéral, 20 minutes par le Parti québécois et cinq minutes par la suite pour éviter que j'aie un bloc de 20 minutes et que je revienne sur plusieurs sujets, qu'on fasse avancer et reculer les dossiers inutilement.

Le Président (M. Copeman): Il y a consentement de travailler... Mais je veux...

Mme Legault: Mais, M. le Président...

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

Mme Legault: Je comprends que, dans le 20 minutes qui sera alloué à l'opposition officielle ou dans notre

20 minutes à nous, ce 20 minutes là est alloué à l'ensemble du groupe parlementaire et sans restriction, là, à un sujet en particulier.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: En autant qu'on respecte bien le 20 minutes de chaque groupe parlementaire et le cinq minutes de la députée de Lotbinière.

Le Président (M. Copeman): Oui. Évidemment, on parle des maximums de 20 minutes, hein, ce n'est pas forcément nécessaire que chaque groupe parlementaire utilise les 20 minutes au complet. Et j'imagine qu'on procède par une discussion d'ordre général. Le règlement prévoit 20 minutes par élément de programme, ce qui n'a jamais été appliqué dans ce sens strict ici, à la Commission des affaires sociales, parce qu'il devient presque inapplicable en ce qui concerne les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, c'est une discussion d'ordre général, bloc de 20 minutes pour l'opposition officielle, cinq minutes pour la députée indépendante, bloc de 20 minutes pour le groupe parlementaire formant le gouvernement, qui peut être réparti sur une ou plusieurs interventions, par un ou plusieurs députés sur un ou plusieurs sujets.

Évidemment, les 20 minutes comprennent questions et réponses, hein, ce n'est pas un monologue qu'on entame aujourd'hui, c'est un dialogue d'exercice de contrôle parlementaire. Alors, je précise bien, chers collègues, que ces blocs de 20 minutes comprennent également l'échange, c'est une question d'échange entre les députés et le ministre qui présente ses crédits. Ça convient? Mme la députée de Chambly, autre chose, oui?

Mme Legault: Oui, M. le Président. Une dernière question relative à l'organisation de nos travaux. Pour jeudi, lorsqu'on va étudier les crédits des services sociaux, je comprends que la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation pourra faire des remarques préliminaires tout comme Mme la députée de l'opposition.

Une voix: ...

Mme Legault: Oui, parfait, merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Alors, c'est convenu. Bon. Je suis déjà fatigué. On peut-u commencer? Je crois que oui, hein, ça vaut la peine. On peut prendre une pause, mais je pense que ce n'est pas nécessaire.

Nous n'avons pas abordé la question critique du temps, nous avons commencé quelques minutes en retard. Est-ce qu'on le reprend à 12 h 30, est-ce qu'on cumule?

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): On cumule à la fin?

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): On s'entendra. Évidemment, il y avait toute... Une dernière chose. Il y avait la question des mises aux voix des programmes — je pense

qu'il y a entente pour que ce soit fait à la fin — du ministère de la Santé et des Services sociaux. Parfait.

Santé

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

M. Couillard: Bonjour, M. le Président, bonjour, chers collègues.

Remarques préliminaires

Le Président (M. Copeman): Et vous disposez d'une période maximale de 20 minutes pour vos remarques préliminaires. Je vous cède la parole.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président, et également mes salutations aux collègues de l'Assemblée nationale. L'étude des crédits nous fournit donc, chaque année, l'occasion comme parlementaires de mettre en perspective et de commenter les choix budgétaires du gouvernement. Et cette mise en perspective doit se faire notamment en comparant les logiques et les choix qui sont faits par l'actuel gouvernement et en les mettant en opposition aux choix qui ont été faits par nos prédécesseurs.

● (9 h 50) ●

Il faut dire que, de ce côté, il est important de faire cette mise en parallèle des années précédant notre arrivée au gouvernement, puisque le réseau de santé et de services sociaux, M. le Président, porte encore les cicatrices de ces années qui ont précédé 2003. Par exemple, l'historique des budgets de dépenses des 10 ou 12 dernières années révèle, au milieu des années quatre-vingt-dix, une longue période de stagnation. Ainsi, les dépenses de santé et de services sociaux étaient plus basses en 1997-1998 qu'en 1993-1994. Et, si on analyse en termes réels, compte tenu de l'inflation, bien sûr le déclin est encore plus prononcé. C'est d'ailleurs ce qui a compromis le succès de réforme, par ailleurs prometteuse, mise de l'avant à l'époque par mon prédécesseur, M. Jean Rochon, au premier chef le virage ambulatoire.

On a par la suite procédé à certains réinvestissements mais de façon, je dirais, maladroite. Par exemple, en 2000-2001, le gouvernement précédent a effacé les déficits budgétaires des établissements et rehaussé les bases budgétaires à hauteur de près de 900 millions, mais sans poser les gestes structurants qui auraient permis d'assurer la pérennité de cet effort. Avec les résultats que malheureusement ces sommes, qui auraient pu être empruntées et utilisées pour des ajouts de services à la population, ont été littéralement englouties dans une opération sans lendemain.

Une autre des grandes erreurs des années précédentes a été de ne pas prévoir, année après année, un niveau d'indexation suffisant, en particulier pour l'augmentation des coûts de système propres à la santé, qui servent à éponger l'augmentation du coût des médicaments d'établissement, des fournitures ou des dépenses supplémentaires générées par le vieillissement de la population.

On a également annoncé — et c'est un scénario qui s'est répété à de nombreuses reprises — des nouvelles

constructions, l'agrandissement d'installations, l'achat d'équipements spécialisés sans fournir aux établissements les budgets de fonctionnement afférents aux nouveaux services qu'on leur demandait de fournir. C'est pour cette raison que, de notre côté, depuis notre arrivée au gouvernement, nous avons toujours fourni ces budgets de fonctionnement lorsque les nouvelles installations, les nouveaux équipements augmentaient le niveau de services offerts à la population.

On a donc noté également... J'ai mentionné le virage ambulatoire. Celui-ci aurait normalement dû s'accompagner à l'époque de réinvestissements massifs dans les soins à domicile. Mais, si on observe ce qui s'est produit dans ces années-là, dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, la hausse des budgets réservés au soutien à domicile n'a même pas suivi le rythme de l'inflation, de sorte qu'en termes réels il y a eu régression des dépenses dans ce domaine.

Par comparaison, M. le Président, les deux premières années de notre gouvernement ont été marquées par plusieurs décisions que je qualifierais à la fois de courageuses et de structurantes. D'abord, le regroupement d'établissements donnant lieu à la formation de 95 réseaux locaux de services, qui a permis de passer de 350 établissements publics, en 2003, à moins de 200, en 2005. Et parallèlement, bien sûr, la loi n° 30 qui a donné lieu à un important processus, qui aurait dû avoir lieu auparavant, de réduction du nombre d'accréditations syndicales, dont le nombre passera de près de 4 000 à moins de 1 000. On sait que c'est un geste qui avait longtemps tardé, assorti d'une impulsion nouvelle donnée par la loi n° 30 aux négociations locales, qui, pour certains éléments, seulement certains éléments, facilitera l'organisation du travail et procurera aux gestionnaires locaux et aux travailleurs de ces établissements une meilleure marge de manoeuvre.

Il est clair, M. le Président, que les investissements importants que nous avons faits dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis notre arrivée, qui atteignent 3 milliards, en tenant compte du budget qui vient d'être présenté, ont eu des résultats sur les services à la population. Par exemple, 7 366 personnes de plus ont bénéficié d'une chirurgie nécessitant une hospitalisation; 2 450 de plus, une chirurgie du genou; 1 050, une chirurgie de la hanche; plus de 20 000 personnes de plus ont bénéficié d'une chirurgie d'un jour et, de ce nombre, plus de 17 000, d'une chirurgie de la cataracte. Globalement, on note des augmentations respectives de 60 %, 28 % et 30 % de production chirurgicale pour les interventions du genou, de la hanche et des cataractes. Et, dans le cas des cataractes, le nombre de patients hors délai a significativement diminué depuis les derniers mois. Ces résultats ont notamment été obtenus par le regroupement de ces interventions dans un plus petit nombre d'établissements, ce qui améliore l'efficacité.

Du côté de la cardiologie tertiaire, la liste d'attente est passée de 1 800 à 1 456 patients en 2003, puis à 916 le 31 mars dernier, ce qui correspond à une diminution de près de 40 %. La liste d'attente en radio-oncologie — et il faut continuer les efforts de ce côté — est également diminuée de façon importante, puisqu'elle est passée de 935 patients en mars 2004, à moins de 880 en avril-mai 2005. Le nombre de patients atteints de cancer du sein et de la prostate en attente de traitement depuis plus de huit semaines diminue de façon progressive, et c'est

important si on compare à la situation qui a été observée. Cependant, ce n'est pas suffisant, nous voulons que ce nombre soit le plus restreint possible et s'approche de zéro, de sorte que nos efforts se poursuivent dans ce domaine de façon encore une fois structurante.

Dans les urgences, si souvent mises à mal au cours de la dernière décennie, on répond de mieux en mieux à la demande, et, malgré l'augmentation de l'achalandage et de la lourdeur des patients, le taux de personnes ayant séjourné 48 heures et plus a été réduit de 6,8 % à 5,7 %. Ça veut dire, ça, M. le Président, plus de 8 300 personnes de moins qui ont eu à séjourner plus de 48 heures dans nos salles d'urgence. Ces succès et ceux qu'on a observés pour les autres indicateurs, qui ont été améliorés pour la première fois en cinq ans, s'expliquent notamment par le fait que nous avons soutenu efficacement nos urgences, surtout les 35 qui sont visées par des plans d'action intensifs. Et l'expérience montre que, lorsqu'un hôpital se dote d'un tel plan, qu'il est bien soutenu au niveau régional, ministériel et par son équipe de travailleurs... et de professionnels, les résultats sont rapidement au rendez-vous.

● (10 heures) ●

Pour ce qui est des services médicaux de première ligne, on compte maintenant plus de 100 groupes de médecine de famille répartis sur l'ensemble du territoire, avec plus de 500 000 patients inscrits. Ces accréditations vont se poursuivre en 2005-2006, et nous pouvons maintenant compter sur une forme d'organisation complémentaire, celle des cliniques réseau, dont les premières seront accréditées à Montréal, d'ici quelques semaines, comme nous l'avons annoncé au cours des derniers jours.

Un autre élément important pour la population et prioritaire pour le gouvernement est l'amélioration significative du maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, l'an dernier, 27 400 personnes âgées de plus qu'en 2002-2003 ont bénéficié de services dans leur milieu de vie. Cette augmentation de 20 % a permis de réaliser plus de 690 000 interventions additionnelles à domicile. Nous avons aussi favorisé de nouveaux modes d'hébergement, comme nous l'avions expliqué lors des premières études de crédits, dans la communauté en vertu de l'initiative intitulée Pour un nouveau partenariat au service des aînés. À travers ce partenariat, nous voulons permettre aux personnes en perte d'autonomie d'obtenir les services de longue durée dont elles ont besoin tout en demeurant dans leurs communautés, en évitant la rupture avec le conjoint ou un autre proche qu'entraîne malheureusement l'institutionnalisation en CHSLD.

Rappelons les visites d'agrément, les visites d'appréciation des CHSLD, dont le résultat a été uniformément salué et qui vont se poursuivre et s'étendre à d'autres milieux de vie au cours des prochains mois. Je rappelle également l'allocation d'une somme de 35 millions de dollars, en 2004-2005, pour des rénovations fonctionnelles dans les CHSLD, et je suis heureux d'annoncer, M. le Président, que cette somme se répètera en 2005-2006. Il y aura une autre enveloppe de 35 millions de dollars pour les rénovations fonctionnelles en CHSLD, au cours de l'année 2005-2006.

Sur la question de la santé mentale, qui nous préoccupe tous énormément, je suis heureux que nous ayons pu bonifier les services de première ligne pour les enfants. Ça a contribué à desservir 900 enfants de plus, d'où une réduction de 20 % du nombre de jeunes en attente de

services spécialisés. Et, du côté des adultes également, le suivi intensif dans la communauté a été intensifié pour les personnes se présentant à l'urgence pour un problème de santé mentale. On aura l'occasion d'en discuter de façon plus approfondie.

Du côté de la santé publique, la dernière année a été marquée par plusieurs initiatives importantes. Par exemple, l'action du Québec dans la lutte contre le virus du Nil occidental est maintenant reconnue. On n'a d'ailleurs signalé, chez nous, qu'un seul cas humain en 2004 contre une vingtaine l'année précédente. Un vaccin contre le pneumocoque a été ajouté au calendrier d'immunisation. La lutte contre les infections nosocomiales bien sûr, qui a été au centre des préoccupations du public au cours de la dernière année, a par ailleurs été menée avec beaucoup d'énergie, notamment grâce au budget de soutien de 20 millions de dollars accordé par le gouvernement. Les équipes sont maintenant bien sensibilisées à ce phénomène et à l'importance de la prévention, les effectifs en infirmières de prévention ont été augmentés au niveau requis, c'est-à-dire une infirmière par 133 lits de courte durée, et, comme on le sait, un système de surveillance est en cours pour le *Clostridium difficile* et potentiellement d'autres types d'infections nosocomiales qui pourraient nous menacer. La campagne de promotion de saines habitudes de vie en matière d'activité physique et d'alimentation se poursuit, et c'est dans ce même esprit que j'ai présenté, il y a quelques jours, le projet de loi n° 112 sur la révision de la Loi sur le tabac dont nous commencerons l'étude au cours des prochains jours.

J'aimerais maintenant enchaîner sur un thème également qui est au coeur de nos préoccupations, celui de la main-d'oeuvre et de la pénurie que nous avons dans plusieurs professions: médecins, pharmaciens, infirmières, orthophonistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, technologues en radiodiagnostic. Il faut donc réinvestir et mieux planifier cette main-d'oeuvre, et nous sommes particulièrement actifs dans ce domaine. Et, dans le cas particulier des effectifs médicaux, beaucoup d'efforts ont été consacrés de façon à gérer les plans d'effectifs de façon plus rigoureuse que ce qui était observé au cours des dernières années.

Par exemple, pour la période s'échelonnant du 1er juillet 2002 au 1er mars 2005, l'effectif médical dans les spécialités de base: anatomopathologie, anesthésie, chirurgie générale, médecine interne, etc., a connu une croissance nette de 10,1 % en région éloignée, 10,2 % en région intermédiaire, 6,4 % en région périphérique et 1,1 % en région universitaire, ce qui consacre le choix déterminé et net de notre gouvernement pour le soutien des effectifs médicaux en région. Du côté de l'omnipratique, le plan régional que nous avons convenu avec la Fédération des médecins omnipraticiens permet également d'atteindre des objectifs d'équité interrégionale. Il faut dire bien sûr que ces pénuries de médecins restent encore importantes. Le nombre de nouveaux médecins reste faible, puisque nous assistons, ces années-ci, à la graduation de très petites classes de facultés de médecine qui ont été admises à la fin des années quatre-vingt-dix.

Un autre moyen d'action dont nous disposons maintenant est Recrutement Santé Québec. Il s'agit de la nouvelle porte d'entrée pour la très grande majorité des médecins détenteurs d'un diplôme d'une faculté à l'extérieur du Canada et des États-Unis qui souhaitent obtenir

un permis restrictif. Jusqu'à maintenant, cet organisme a réalisé 96 parrainages avec 36 établissements différents situés dans 12 régions du Québec.

Les infirmières voient leur rôle augmenté, c'est une tendance qui sera observée au cours des prochaines années dans le système de santé. Vous aviez annoncé, en 2003, un programme de 9 millions de dollars pour former des infirmières praticiennes spécialisées pour l'instant dans trois spécialités: la cardiologie, la néphrologie et la néonatalogie. De telles professionnelles seront diplômées d'ici la fin de 2005, une première au Québec, M. le Président, dont je suis très heureux. D'autre part, l'implantation de l'infirmière praticienne de première ligne demeure une priorité nette pour le gouvernement et particulièrement pour celui qui vous parle. Ceci devra se faire, dans un premier temps, par le biais d'un projet pilote, sans doute d'ici la fin de l'année en cours. Et je dois saluer là-dessus la collaboration de la Fédération des médecins omnipraticiens, de l'Ordre des infirmières et du Collège des médecins qui cheminent ensemble assez rapidement dans ce dossier.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur les réalisations des deux dernières années, mais je veux bien sûr garder un peu de temps pour présenter dans ses grandes lignes le budget des dépenses 2005-2006 en santé et services sociaux. Comme vous le savez, il s'établit à 20 862 000 000 \$, soit 826 millions de plus par rapport aux dépenses probables de l'année dernière; cela porte à environ 3 milliards le réinvestissement que nous avons assuré depuis notre arrivée. Et il faut également se réjouir du fait que de plus en plus les sommes accordées vont pouvoir être affectées en fonction des priorités locales et régionales. Parce qu'on le sait bien, M. le Président, toutes les régions et tous les territoires locaux ne sont pas identiques, notamment sur le plan démographique et socioéconomique ou encore quant au niveau observé de développement de différents services. Les nouveaux modes d'allocation des ressources permettront aux choix cliniques de s'exprimer en meilleure adéquation avec les besoins identifiés dans chaque milieu. On peut donc parler de cohérence de gestes posés en matière d'organisation et de financement.

M. le Président, outre la croissance naturelle des coûts de système, qui sont entièrement assurés encore une fois cette année, voici comment vont se répartir les sommes ajoutées au cours de l'année 2005-2006: 102 millions de dollars récurrents seront consacrés au développement de services à la population; 30 millions de dollars permettront de couvrir les dépenses de fonctionnement liées à des installations rehaussées ou à l'achat d'équipement spécialisé; 75 millions seront utilisés à titre de la deuxième année de notre entreprise de rehaussement des bases budgétaires, pour poursuivre les efforts visant à résorber, d'ici 2007, les déficits d'opération des établissements du réseau; et 113 millions de dollars viendront couvrir l'évolution des coûts qui sont spécifiques à la santé, comme l'achat de médicaments par les établissements, par exemple, pour la chimiothérapie ou encore les nouvelles technologies de la santé.

Pour ce qui est du développement des services, les 102 millions s'ajoutent aux 478 millions que nous avons investis au cours des deux années précédentes. Et j'insiste sur un élément important: comme il s'agissait toujours de mises de fonds récurrentes, leurs effets se font encore pleinement sentir dans les domaines que j'ai évoqués plus tôt et continueront à se faire sentir au cours des prochaines

années, particulièrement dans le secteur de l'amélioration des services médicaux de première ligne, le désengorgement des urgences, l'amélioration de l'accès aux services spécialisés, la lutte contre le cancer.

Le réinvestissement de cette année comprend notamment une somme tout à fait nouvelle de 50 millions de dollars que les différents milieux pourront affecter à leurs propres priorités dans les deux domaines suivants: la santé mentale de même que les soins et services de longue durée aux aînés en perte d'autonomie, que ce soit dans la communauté ou en CHSLD. Parce qu'il faut le répéter: Le renforcement du palier local favorise une meilleure emprise des collectivités sur des décisions importantes. Qu'on parle de services en santé mentale ou en services aux personnes en perte d'autonomie, les décisions peuvent maintenant se prendre en tenant mieux compte des caractéristiques et des besoins de la population de chaque territoire. Par exemple, un milieu pourrait avoir pris de l'avance pour les soins à domicile mais du retard en santé mentale. L'affectation des sommes accordées permettra de rétablir un certain équilibre.

De plus, les ententes de gestion entre le ministère et les agences, d'une part, et les agences et les établissements, de l'autre part, se déploieront selon une logique ascendante, de la base vers le sommet, plutôt que selon une approche descendante qui viendrait imposer aux milieux locaux des affectations entièrement définies au ministère et au niveau des agences. Je signale que les 50 millions accordés seront soutenus par deux plans d'action, qui paraîtront sous peu, sur les services en santé mentale et sur les services aux aînés en perte d'autonomie. Dans les deux cas, il y a eu consultation des milieux concernés, ce qui, j'en suis convaincu, assure des assises très solides à ces deux plans d'action auxquels les députés et la population auront bientôt accès.

Une autre priorité, M. le Président, de notre gouvernement est la santé des populations autochtones. Des crédits supplémentaires de près de 11 millions de dollars seront affectés, cette année, aux services destinés à la communauté cri. Cette somme permettra la mise en oeuvre de l'entente conclue récemment avec les Cris sur le financement des soins de santé, dans la foulée de la «Paix des Braves». M. le Président, on sait que les dispositions de la Convention de la Baie James relatives à la santé n'avaient jamais pu, en 30 ans, être pleinement mises en vigueur, notamment en raison de contestations judiciaires de la part des Cris. La nouvelle entente permet maintenant de lever pleinement tous ces malentendus. Elle prévoit en outre une augmentation des budgets de fonctionnement de 40 millions de dollars en cinq ans, ce qui est considérable.

En santé publique, une somme récurrente de 16 millions de dollars permettra de financer la nouvelle couverture vaccinale des enfants, ce dont j'ai parlé plus tôt. Et je crois que c'est essentiellement grâce à des bonnes pratiques d'immunisation que nous avons pu, au cours des dernières décennies, contrôler ou éliminer bon nombre de maladies infectieuses. Une somme de 11 millions de dollars, non récurrente celle-là, permettra en outre au Québec de constituer une réserve d'antiviraux dans la perspective d'une éventuelle pandémie de grippe à laquelle nous devons en toute responsabilité nous préparer même si nous ne savons pas quand elle pourrait survenir.

Je glisse sur les budgets supplémentaires accordés en réadaptation pour les jeunes en difficulté et pour les dépendances, puisque ma collègue y fera référence ultérieurement. Je dirais simplement que, sur une base annuelle, les sommes réinvesties dans ces domaines s'élèvent à 25 millions de dollars, ce qui ouvre évidemment, pour les milieux locaux et régionaux, un potentiel de développement important.

● (10 h 10) ●

Je conclurai en évoquant rapidement, même s'il s'agit d'un élément distinct du budget des dépenses, les sommes importantes qui sont prévues pour les immobilisations. Les nouveaux investissements prévus atteindront 1,2 milliard de dollars échelonné sur trois ans, ce qui exclut, il faut le dire, les deux projets des centres hospitaliers universitaires de Montréal. Donc, on a vu, au cours des derniers jours, des dernières semaines, de nombreuses annonces de projets de construction en région, dans les installations de santé et de services sociaux. Cette somme sera affectée à des projets de construction et de rénovation, à l'amélioration de la qualité de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, à l'amélioration des salles d'urgence, à l'acquisition d'équipements de haute technologie, notamment en radio-oncologie, cardiologie et imagerie médicale.

Il faut ajouter également le fait, M. le Président, que, pour la première fois, le gouvernement du Québec se trouve à la hauteur des standards nord-américains pour le maintien des actifs dans nos établissements publics, autant en santé qu'en éducation, ce qui est extrêmement important, puisque nous devons préserver ces actifs de façon à minimiser les dépenses nécessaires pour les remettre à niveau au cours des prochaines années.

Il aurait été bien sûr facile, M. le Président, de discourir plus longtemps sur des thèmes aussi intéressants, variés et aux facettes si nombreuses, mais je ne doute pas que nos travaux permettront de les aborder. Et je suis certain maintenant que les autres membres collègues de la commission souhaitent évidemment intervenir à leur tour. Je me promets de les écouter avec le plus grand intérêt, et c'est avec plaisir que je pourrai au besoin fournir des précisions supplémentaires et répondre aux questions qui pourraient se poser. Merci, M. le Président.

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

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais à mon tour vous saluer ainsi que les membres de cette commission parlementaire, avec lesquels j'aurai le plaisir d'échanger sur les crédits du ministère de la Santé, qui représentent 42 % du budget de l'État, durant les 15 heures qui nous sont allouées. Je voudrais également saluer le ministre et les personnes qui l'accompagnent.

Je déplore, M. le Président, qu'après deux mois de retard pour étudier les crédits le ministère soit à ce point désorganisé qu'encore hier soir, à 4 h 45, il était en reprographie de cahiers de renseignements que l'opposition avait demandés et que nous n'avons obtenus que ce matin, à 9 h 15. Alors, M. le Président, il faut être vraiment

désorganisé pour être en reprographie à la veille de cet important échange qui est au coeur du contrôle parlementaire des dépenses qui sont effectuées par le gouvernement. Je crois que cela vaut d'être noté.

Alors, M. le Président, ce qui marque les crédits de cette année, que nous allons avoir à adopter, et je me réfère au cahier explicatif des crédits qui nous a été remis par le ministère, c'est le fait que nous allons avoir à voter des crédits de 780 millions de dollars et non pas de 826 millions de dollars. 780 millions — nous les retrouvons, n'est-ce pas, à la page 1 de ce bilan de la revue de programmes — il s'agit d'une augmentation de 3,8 % des budgets du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pourquoi 780 millions et non pas, comme l'a encore indiqué le ministre il y a quelques minutes, 826 millions? Pour la bonne raison, M. le Président, qu'il y a eu des compressions au ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le budget de 2004-2005, des compressions qui ont atteint 46 millions de dollars. C'est la différence entre les crédits autorisés et les dépenses qui ont été effectuées. Cela se retrouve dans les renseignements qui nous avaient été communiqués chichement, là, je dois le rappeler, mais hier après-midi.

Alors, malgré les allégations contraires du ministre de la Santé aux questions qui ont été posées par l'opposition tout au cours de l'année, des compressions ont été effectuées dans le budget du ministère, l'an dernier. Ce sont ces compressions qui expliquent maintenant que le ministre peut parler d'une augmentation de 826 millions qui repose justement sur la soustraction dans les budgets qui lui ont été alloués de cette compression de 46 millions de dollars.

Alors, M. le Président, ce que l'on constate, c'est que ce sont des investissements en santé qui, avec le gouvernement libéral, diminuent d'année en année. Alors qu'en 2003-2004 le budget à la Santé et aux Services sociaux augmentait de 1,2 milliard, l'augmentation était de 963 millions en 2004-2005 et n'est plus que de 780 millions en 2005-2006. C'est 420 millions de moins que la première année du mandat libéral et c'est 183 millions de dollars de moins que le budget alloué l'an dernier. À l'évidence, je pense, M. le Président, ce budget est directement proportionnel au refroidissement des relations du ministre avec le premier ministre dans le dossier du CHUM, ou à toute autre raison que le ministre voudra bien nous expliquer, nous sommes preneurs, M. le Président, mais, si on regarde la courbe, le budget à la Santé diminue d'année en année.

Alors, comment est-ce que le ministre peut prétendre, continuer à prétendre faire du développement, alors que son budget est de 183 millions de moins que l'an passé? M. le Président, je pense que le ministre va avoir besoin de plus que 15 heures pour nous expliquer cette prestidigitation qui est impossible, deux et deux font toujours quatre, et 183 millions de dollars de moins à la Santé et aux Services sociaux ne permet pas au ministre de prétendre d'améliorer la situation.

C'est d'ailleurs ce que tous ses partenaires lui ont rappelé dès la publication du budget qui est à l'étude devant nous aujourd'hui, que ce soit le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Dr Dutil, qui dit, et je le cite: «Non seulement on ne fera pas de développement de nouveaux services, mais il y aura

forcément des compressions, puisque la demande ne baissera pas», que ce soit le Dr Dugré qui, lui, est président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et qui ajoutait: «Le gouvernement lance un signal qui nous inquiète. Parce que ses investissements ne couvrent pas les coûts de système, cela laisse peu de place pour du développement.» J'aimerais également que le ministre, M. le Président, puisse réfléchir à cette déclaration du président de la FMSQ, le Dr Dugré, qui disait ceci: «Je ferai remarquer que l'augmentation du nombre de groupes de médecins de famille de 17 à 82 avait déjà été planifiée par l'ancien gouvernement, même chose pour l'amélioration des urgences, qui découle des travaux entrepris sous le gouvernement du Parti québécois, de même que pour la hausse des admissions en médecine, commencée en 1999.» Je cite le Dr Dugré pour ne pas moi-même avoir, M. le Président, à demander au ministre de reconnaître cet état de fait.

C'est donc un budget en diminution constante, des compressions qui ont touché le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2004-2005. Et ce qui marque le plus ces trois années budgétaires, puisque la troisième année débute maintenant, M. le Président, c'est l'injection d'argent neuf venant des transferts fédéraux en santé. M. le Président, dans un communiqué qui relatait les crédits qui lui étaient alloués, le ministre a fait état d'une augmentation de 3 milliards de dollars depuis l'arrivée du gouvernement libéral au pouvoir. Alors, faut-il rappeler, M. le Président, que les transferts fédéraux en santé ont totalisé un montant de 4 milliards de dollars durant la même période, soit les deux tiers qui avaient été obtenus, en février 2003, dans le cadre de l'entente fédérale-provinciale, par le gouvernement précédent, un montant total de 2,8 milliards, et, on le sait également, les sommes qui, l'an dernier, à l'automne, 500 millions et, cette année, 732 millions, se sont ajoutées. C'est donc le constat qu'il n'y a eu aucune injection d'argent neuf du Québec en santé, n'eût été, durant ces trois années budgétaires, de transferts fédéraux en santé arrachés, j'en conviens, par les deux gouvernements mais qui ont totalisé 4 milliards de dollars.

Alors, je pense, M. le Président, que cela est en totale contradiction avec les promesses libérales en campagne électorale, à l'effet de consacrer chaque année... C'est une promesse faite à la population. Le ministre voudrait s'en dégager maintenant, mais il y a lui-même investi sa crédibilité, en cautionnant ces promesses en santé. Et cette promesse était à l'effet, je le rappelle, d'additionner à la fois les coûts de système, à la hauteur de 5,1 %, un plan d'action, à la hauteur de 300 millions, et tous les transferts fédéraux qui allaient être obtenus par la mobilisation du Québec dans le secteur de la santé. Alors, on voit qu'on est bien loin de cet engagement. On est en fait tout à fait... C'est un engagement qui a tout à fait été abandonné par l'actuel gouvernement.

● (10 h 20) ●

En matière d'équité interrégionale, faut-il rappeler les engagements du Parti libéral à l'époque et de l'actuel ministre de la Santé — je les relisais encore hier soir: engagement fait à la population de Lanaudière, je donne cet exemple, engagement à l'effet de consacrer 87 millions, disait l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, à l'époque candidat libéral, 87 millions pour corriger l'inéquité régionale. Alors, finalement, M. le Président, cette promesse a fondu. Il s'agit maintenant, sur 10 ans,

d'un montant total de 6 millions, à raison de 500 000 \$ par année, financé non pas par l'ajout d'investissements, mais par des ponctions dans les régions prétendument en surplus, comme la Gaspésie, les Îles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent et Montréal. Ça signifie, M. le Président, que les développements dont le ministre va faire état aujourd'hui, en cette commission, les développements qui, dira-t-il, sont attribués aux régions, eh bien, 50 % seulement de ce développement leur arrivera parce que, d'une main, le ministre leur donnera du développement et, de l'autre, il leur enlèvera pour égaliser, dans la malchance, toutes les régions du Québec en matière de services de santé et de services sociaux.

De plus, M. le Président, faut-il rappeler que le ministre, le 23 mai 2003, il y a déjà deux ans de cela, en réponse à des questions du journaliste du *Soleil*, avisait qu'il n'était pas en mesure de réaliser aussi vite qu'il l'avait prévu — c'était dans les jours, les heures, n'est-ce pas, les semaines qui suivaient leur élection — les engagements en matière de réduction de délais d'attente, mais le ministre se donnait deux ans pour qu'il n'y ait plus médicalement de nos concitoyens hors délai. Alors, ce deux ans se termine le 23 mai 2005.

Quelle est la situation, M. le Président, alors que le ministre disait, il y a deux ans, qu'il allait soulager les 34 000 ou 35 000 Québécois qui étaient hors délai médicalement acceptable? Ils sont maintenant 43 207 qui attendent une intervention soit chirurgicale, dans le secteur de la hanche, du genou, de la cataracte, ou encore une chirurgie d'un jour, ou une chirurgie avec hospitalisation. Un total de 118 572 personnes, nos compatriotes, qui sont en attente, mais de ce nombre 43 207 le sont hors délai médicalement acceptable.

Alors, également, M. le Président, à l'égard du maintien à domicile, alors, là, les promesses du Parti libéral, il y a deux ans, consistaient à garantir un investissement dans les soins à domicile au niveau de la moyenne canadienne. Ça, c'était l'engagement public, mais certains députés, dont la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, avaient promis 600 millions, un engagement pris dans les médias d'information, à Montréal. Alors, cet engagement du Parti libéral exigeait un montant de 386 millions de dollars de plus pour que le Québec puisse se retrouver dans la moyenne canadienne des investissements en maintien à domicile. C'est le contraire qui est arrivé, M. le Président: le Québec occupait récemment le dernier rang des provinces pour ses investissements de 94 \$ per capita, dans le maintien à domicile, alors que la moyenne canadienne est de 145 \$. Et je dois rappeler, M. le Président, qu'avec un maigre moins de 20 millions de dollars cette année, pour ajouter aux services offerts en maintien à domicile, on est loin du compte, et ce sera plutôt des milliers de nos concitoyens qui seront laissés pour compte.

Je rappelle, M. le Président, que le montant, qui est un peu un fourre-tout dans lequel le ministre a annoncé à la fois vouloir financer le plan d'action en santé mentale, financer son plan d'action pour les personnes âgées, bien, de ce montant, à peine 20 millions de dollars seront consacrés à l'ajout de services en maintien à domicile.

D'ailleurs, comment expliquer, M. le Président, que, dans les livres des crédits, notamment ceux qui nous ont été remis aujourd'hui, aux questions posées légitimement par l'opposition en regard du plan d'action en santé mentale, la réponse que l'on retrouve est la suivante:

Cette question n'est pas pertinente à l'exercice de l'étude des crédits? La même chose, M. le Président, le ministre s'est autorisé à parler des effectifs médicaux, mais, à la question posée par l'opposition, la planification du ministère, à court, moyen et long terme des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux, la réponse est: Cette question n'est pas pertinente à l'exercice de l'étude des crédits. Le ministre peut en parler, mais ce n'est pas assez pertinent pour que, nous, nous ayons les informations que nous avions demandées.

En matière de nouvelles places en hébergement de longue durée, alors, là, je dois vous dire que c'est le comble, M. le Président. Dans le tome I, nous avons un tableau de nouvelles places, on nous indique qu'il y a zéro nouvelle place en hébergement de longue durée et puis, dans le tome II que nous avons reçu ce matin, il y en aurait eu quelques dizaines de plus. Quoi qu'il en soit, nous avons également cette information que nous avions requise sur la liste d'attente pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée au 31 mars 2005, et on nous indique qu'il y a 5 429 personnes qui sont actuellement en attente pour un hébergement dans des centres de soins de longue durée, alors que, depuis deux ans, il n'y aurait eu aucune place nouvelle qui a été construite.

Je rappelle l'engagement libéral d'il y a deux ans. Cet engagement consistait à annoncer qu'il allait y avoir augmentation des places d'accueil dans les centres hospitaliers de soins de longue durée. Faut-il rappeler, M. le Président, qu'il y a actuellement 2 578 personnes qui sont en attente d'hébergement de longue durée dans les hôpitaux de soins aigus? Quand on sait, M. le Président, le coût que ces hospitalisations représentent, c'est au-delà d'un demi-milliard par année, sur une pleine année de 365 jours, que ces personnes en perte d'autonomie dans les hôpitaux de soins aigus, qui sont en attente d'hébergement de longue durée, représentent.

Alors, je comprends que le ministre aura à nous préciser combien de places il entend ouvrir et offrir à nos concitoyens qui sont en attente d'hébergement de longue durée, puisqu'il en a fait l'annonce aujourd'hui même. En fait, il a dit qu'il fallait augmenter le nombre de places. Alors, la question immédiate, c'est: Combien entend-il... Alors, il semble dénier cette affirmation qu'on retrouve, entre guillemets, dans le journal *La Presse* d'aujourd'hui, je la cite. M. le ministre a dit qu'il s'agissait d'un document préliminaire concernant le document de consultation sur lequel je reviens immédiatement et il a ajouté: Il faut corriger la situation, il faut augmenter le nombre de places en CHSLD. Alors, nous pensions que c'était une bonne nouvelle. Nous avons commenté tantôt, pour les médias d'information, à l'effet que c'était une bonne nouvelle.

La question maintenant, c'est de savoir, en regard de ce document de consultation préparé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, que signifie l'objectif qui y est inscrit, d'assurer une équité et une neutralité à l'égard de la situation financière des personnes vivant à domicile et de leurs familles en comparaison avec les personnes qui sont hébergées dans les centres hospitaliers de soins de longue durée publics ou privés conventionnés. J'ai posé la question hier, là, à l'occasion de l'examen des crédits du Secrétariat des aînés et du Conseil des aînés, et la réponse que j'ai eue du secrétaire du Secrétariat des aînés, M. Bazin, est à l'effet... M. Bazin incidemment est membre du groupe de consultation du ministre à l'égard

des services aux aînés en perte d'autonomie et M. Bazin a confirmé qu'il y avait présentement un examen qui se faisait du programme Contribution financière d'une personne hébergée de même que des programmes de crédit d'impôt pour le maintien à domicile et du Programme d'exonération financière.

● (10 h 30) ●

Alors, cela annonce le pire, M. le Président, vous le comprendrez bien. Au moment même où on glisse vers la privatisation, vers des ressources privées, je rappelle que, dans un bâillon récent, le ministre a imposé la non-syndicalisation dans ces ressources intermédiaires. Le ministre n'a pas pu attaquer le droit d'association parce que c'est un droit qui est convenu dans la Charte des droits, mais il a attaqué le droit de syndicalisation des personnes qui travaillent dans les ressources intermédiaires. Et, M. le Président, c'est là certainement un facteur qui va être un très lourd handicap contre toute réforme qui serait de nature à élargir une offre de services qui ne soit pas à rabais parce qu'immédiatement la perception qu'en a l'opinion publique, c'est: puisque la syndicalisation ne sera pas permise dans ces ressources qui vont se multiplier pour accueillir des personnes en lourde perte d'autonomie, alors ce sera éventuellement, comme c'est le cas actuellement, un roulement de personnel qui en rien ne garantit des services adéquats aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Alors, M. le Président, un dernier mot sur l'absence totale... et surtout la contradiction entre le ministre des Finances et le ministre de la Santé et des Services sociaux sur la question des hausses salariales. Alors, interrogé, le ministre des Finances a répondu que les hausses salariales, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux, on sait les personnels importants, c'est 12 milliards, un peu plus que 12 milliards que ça... 12 milliards? 14 milliards, excusez-moi — c'est encore plus élevé — 14 milliards de rémunération, là, ce qu'on retrouve dans les documents qui nous ont été jusqu'à maintenant fournis. Alors, c'est une rémunération extrêmement importante, 14 milliards, pour les personnels infirmiers, médecins, employés, techniciens et autres. Alors, le ministre des Finances disait ceci: «Le règlement des conventions collectives et de l'équité salariale devra se faire à l'intérieur de la cible de croissance des dépenses fixée, pour cette année et l'an prochain, à 3,6 %. Cela respecte la capacité de payer des contribuables québécois», a précisé le ministre des Finances.»

Le Président (M. Copeman): En conclusion, Mme la députée, s'il vous plaît.

Mme Harel: En conclusion, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. le Président, a dit exactement le contraire en faisant valoir qu'il y aurait des crédits supplémentaires qui seraient additionnés à ceux de son ministère pour faire face à ces très importantes hausses salariales. Alors, qui dit vrai? Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci. Merci beaucoup, Mme la députée. Est-ce qu'on peut procéder aux échanges? Mme la députée, est-ce que vous souhaitez faire des remarques? Non? Ça va aller?

Mme Roy: Il n'était pas prévu que j'en fasse.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): O.K. Très bien. Alors, je vais commencer avec l'opposition pour les échanges. Mme la députée, puis après ça on revient côté gouvernemental. Alors, pour le premier bloc de 20 minutes, je vous rappelle, c'est utile d'avoir question brève, réponse brève. C'est un exercice de contrôle parlementaire. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Variation du budget de dépenses

Mme Harel: Alors, M. le Président, j'aimerais que l'on aborde le document intitulé cahier explicatif des crédits. Alors, on y retrouve, à la page 1, un montant de dépenses, 2005-2006, qui nous laisse voir un écart de 780 millions, en regard de l'an dernier, et une augmentation de 3... faisons un chiffre rond, là, 3,9 %. Alors, est-ce que le ministre reconnaît que ce sont là les crédits que nous allons voter, adopter en fait lors du vote que vous appellerez, M. le Président?

Alors, nous retrouvons également, dans l'appendice C du budget des dépenses, renseignements supplémentaires, des dépenses de 20 036 000 000 \$, au ministère de la Santé et des Services sociaux, pour 2004-2005. On annonçait des crédits de 20 862 000 000 \$, alors c'est donc une compression de 46 millions qui est enregistrée. Alors, j'aimerais que le ministre puisse s'en expliquer.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, effectivement, les crédits que nous avons votés sont de 20 862 000 000 \$, et il s'agit d'une augmentation qui doit être mise en rapport avec les dépenses réelles du ministère de la Santé et des Services sociaux qui arrivent au chiffre de 826 millions.

Maintenant, contrairement à ce qu'a dit la députée dans son introduction, cette différence entre les dépenses réelles et les dépenses escomptées n'est pas due à des compressions mais plutôt au fait d'avoir périmé des augmentations de revenus du Fonds de santé et de services sociaux qui ont été identifiées en fin d'année, de sorte qu'il n'y a pas eu de compression, il n'y a pas eu de coupe nulle part dans le réseau de la santé et de services sociaux.

Il n'y en aura pas non plus cette année. On est un gouvernement qui investit en santé et services sociaux par rapport à ce qui a été fait au cours des années précédentes où il y a eu des coupures, des véritables coupures dans les établissements et dans les soins de santé à la population. Mais l'ajout est de 826 millions sur le niveau de dépenses, et la différence entre les chiffres figurant au cahier des crédits résulte d'une augmentation, en fin d'année, des revenus et non pas d'une compression.

Mme Harel: D'une augmentation des revenus. Alors, les dépenses probables étaient de... les dépenses qui ont été faites l'an dernier étaient de combien?

M. Couillard: Le niveau de dépenses probables du ministère: évidemment tout ça reste à clarifier de façon très précise, mais autour de 20 035 872 000 \$.

Mme Harel: Les dépenses que nous avons adoptées, lors des crédits de l'an dernier, étaient de 20 081 000 000 \$. C'est donc dire que les dépenses ont été de 20 036 000 000 \$? Il y a 46 millions de moins qui ont été injectés dans les soins et les services... santé et services sociaux. C'est donc dire que vous vous permettez de nous dire qu'il y a 826 millions de plus, alors que c'est seulement 780 qu'on va adopter. M. le Président, est-ce que le vote que vous allez prendre sera sur le 780 ou sur le 826?

M. Couillard: M. le Président, sur le 826, puisqu'il s'agit de comparer avec le niveau de dépenses préalable. Et j'ajoute que l'interprétation de la députée est erronée, ce n'est pas des réductions de dépenses. Et d'ailleurs la même situation s'est produite sous le gouvernement précédent.

On m'expliquait que les mêmes informations ont été données à au moins deux ou trois ministres du gouvernement précédent lorsque la situation identique s'est produite. Il s'agit d'un ajustement, en fin d'année, des revenus escomptés du Fonds de santé et de services sociaux dont une partie est attribuée aux crédits permanents qui sert donc à réajuster les crédits votés, puisqu'on ne peut pas changer les crédits votés en cours d'année, et la même situation s'est produite dans le passé.

Dans un sens ou dans l'autre, c'est quelque chose qui est assez régulier dans l'historique des financements du système de santé et de services sociaux, mais il y a une augmentation de 826 millions par rapport aux dépenses probables de l'année en cours, 2004... pardon, la dernière année 2004-2005, par rapport à l'année 2005-2006.

Mme Harel: M. le Président, je comprends que le ministre a choisi de ne pas dépenser le 20 081 000 000 \$ qui avait été autorisé l'an dernier. Puisqu'il y a eu 20 036 000 000 \$ de dépenses, il aurait pu décider, ce surplus, de l'injecter, puisqu'il y a des besoins et surtout des engagements très importants qui avaient été pris par son gouvernement.

Déficit du réseau de la santé

Mais la question également, c'est celle du déficit, le déficit autorisé et le déficit de l'an dernier. Nous lisons, dans ce cahier qui nous a été remis ce matin, que le solde de l'ensemble, si vous voulez, des déficits accumulés est de 1 242 000 000 \$, que, pour l'année 2004-2005, le déficit a été, dans le secteur public santé, 231 millions.

Alors, quelle est la portion du déficit autorisé, pour 2004-2005, de ce 231 millions? Quel est le déficit autorisé cette année? Nous l'avions demandé et nous ne le retrouvons pas dans les renseignements qui nous ont été communiqués.

M. Couillard: M. le Président, cette question des déficits hospitaliers, on y reviendra à plusieurs reprises, au cours de l'étude des crédits. C'est la meilleure occasion pour faire la différence du style de gestion du gouvernement précédent et du gouvernement actuel.

J'ai exprimé tantôt l'erreur majeure, en fait je la qualifie, la troisième erreur majeure avec les mises à la retraite et les diminutions d'entrées en facultés de médecine, qui est cette injection de près de 900 millions de dollars, en 2000-2001, pour éponger des déficits, sans

aucune mesure structurante de correction pour s'assurer que les déficits ne se reproduisent pas. Or, effectivement, on aura l'occasion de voir pourquoi, au cours de l'étude des crédits, ces déficits — et c'était prévisible — se sont entièrement reconstitués dès l'injection de cette somme de 900 millions.

La différence, c'est que nous y allons de façon graduelle, année après année. La différence, c'est que nous assurons entièrement l'indexation, incluant l'indexation spécifique des établissements, incluant le fonctionnement des nouvelles installations, et que nous contrôlons les nouveaux développements de façon très rigoureuse. Si on ne met pas en place ces mesures structurantes, on n'arrivera jamais à contrôler le déficit d'opération.

Alors, effectivement, l'an dernier, on avait un déficit d'opération qui était monté à près de 363 millions de dollars. Une des raisons, par exemple, était le fait qu'on avait oublié, dans le gouvernement précédent, une partie du budget d'opération pour le nouveau hôpital à Le Gardeur qu'il a fallu entièrement dégager de façon nouvelle. Et on a réussi, avec 100 millions d'injection, l'an dernier, donc à ramener le déficit prévisible cette année — le déficit d'opération prévisible — autour de 230 millions. Donc, on a généré plus de redressements budgétaires que la somme qui a été injectée. Pourquoi? Parce que ça s'est accompagné de mesures de redressement et de mesures structurantes.

Cette année, on ajoute 75 millions. Je pense qu'on devrait prévoir d'abord autour de 100 millions de rendement en termes de réduction de déficit, peut-être plus, on verra qu'est-ce qu'il est possible de faire au cours de l'année, mais jamais en coupant les services, et ça, c'est important de le mentionner, jamais aux dépens des services de la population.

● (10 h 40) ●

L'objectif est de remettre le réseau en équilibre budgétaire vers 2007-2008, mais de façon solide pour une fois et non pas de façon artificielle, comme ça a été fait en 2000-2001. Je pense qu'il faut revenir là-dessus, M. le Président, ce 900 millions englouti, gaspillé par le gouvernement précédent. Combien de soins à domicile aurions-nous pu dégager à ce moment-là, combien de services en santé mentale, combien de nouvelles interventions chirurgicales aurions-nous pu faire si on avait adopté alors une approche graduelle, une approche structurante, et qu'on avait réservé une partie de cette somme pour le développement de services? C'est un gaspillage éhonté, M. le Président, qui a été fait cette année-là. D'ailleurs, ça a été mentionné à un collègue d'alors qui était à mon poste, ça lui a été conseillé de ne pas le faire, à l'intérieur du réseau, du ministère. On a passé outre, on l'a quand même fait. Les résultats sont au rendez-vous: reproduction des déficits, aucun développement de services. Et c'est l'histoire du gouvernement précédent, M. le Président, après des années de coupures majeures dans le réseau de la santé, une apparence de réinvestissements mais une apparence seulement, puisque ce sont des réinvestissements non productifs, non structurants et aux dépens des services.

Mme Harel: M. le Président, c'étaient là des réinvestissements pour des services qui avaient été rendus à la population. Je rappelle au ministre que M. Daniel Adam, de l'Association des hôpitaux du Québec, disait dernièrement, suite à la publication du budget et des crédits du

ministre de la Santé: Le sous-financement continue, il y aura encore beaucoup de pression sur les centres hospitaliers. Je lui repose la question: Le déficit autorisé était de combien, a été de combien en 2004-2005? Il sera de combien cette année? C'est simple, là. Quel est le niveau de déficit autorisé l'an passé? Quel est le niveau de déficit autorisé cette année?

M. Couillard: Bien, le niveau prévisible de déficit, au 31 mars 2005: 231 331 265 \$. On annonce 75 millions de réinjection dans les bases budgétaires, de sorte qu'on veut au minimum avoir une amélioration de ce chiffre de 75 millions.

Mais je rappelle que, l'an dernier, on a obtenu 130 millions de réduction du déficit d'opération avec une injection de base budgétaire de 100 millions, donc 30 % de surplus en termes de résultat. Je ne veux pas escompter sur le résultat qu'on pourra obtenir cette année parce que ça va dépendre des situations de chaque centre hospitalier. Et on sait que, plus on approche de zéro, plus les gains sont difficiles à faire, il faut également être conscient de cette situation-là. Mais au minimum on devrait obtenir un rendement de 75 millions qui se soustrait du 231 millions qui est là et qui encore une fois se fait dans une ambiance de saine gestion. Je pense que c'est extrêmement important de le redire pour les gens du réseau qui nous écoutent et la population.

C'est qu'avec une indexation entièrement assurée année après année, avec le financement de nouvelles installations, avec le contrôle, je dirais, très rigoureux des nouveaux développements de façon à ce qu'ils soient bien encadrés et bien financés, on va réussir à remettre le réseau de la santé dans une santé financière bien supérieure à ce qu'elle était à notre arrivée. Et ça, c'est essentiel, c'est une des choses essentielles qu'il faut faire pour remettre le niveau de confiance de la population envers le réseau de santé et de services sociaux. Ce n'est pas exact que c'est un trou noir qui est incontrôlable, on peut gérer ce réseau-là de façon rigoureuse, on le démontre et on va continuer à le démontrer.

Mme Harel: Merci. M. le Président, j'aimerais que le ministre puisse nous indiquer ou nous donner l'information... si ce n'est pas possible tout de suite, qu'il puisse la transmettre au secrétariat de la commission: quelle est la hauteur des intérêts que les établissements doivent payer sur les déficits autorisés? J'ai eu la confirmation que le Trésor avait refusé d'intégrer ces intérêts, de les payer, si vous voulez, en surplus des budgets qui sont alloués. C'est donc dire que les établissements se voient autoriser des déficits, mais ces déficits finalement, c'est comme la carte de crédit qui paie à crédit des services qui sont rendus à la population, mais en plus ils doivent eux-mêmes payer les intérêts dans les budgets qui leur sont alloués pour rendre ces services à la population.

M. Couillard: Effectivement, c'est la raison pour laquelle il faut remettre notre réseau de santé en bonne santé — sans répéter le mot «santé» — en bon état financier, en équilibre. Parce que le déficit accumulé dont il faudra s'occuper un jour, parce qu'on en est collectivement responsables au Québec... D'ailleurs, le Vérificateur général le rappelle et l'a rappelé également et M. Breton également l'a rappelé au gouvernement précédent. La

population du Québec est collectivement responsable de ce déficit accumulé qui exerce une charge d'intérêt sur les établissements du réseau, qui est actuellement, en termes de dépenses réelles, autour de 22 millions de dollars et qu'on peut assurer dans les crédits de développement et les crédits d'indexation qui sont pourvus.

Mais il est certain que ce qu'on voudrait éventuellement, c'est libérer le réseau de cette charge — c'est une charge, les intérêts — mais ce serait très imprudent de le faire sans avoir d'abord assaini la situation de gestion, la situation financière, d'avoir remis le réseau près de l'équilibre ou en équilibre, et, là, de poser un geste qui permet de libérer les établissements du fardeau des intérêts, mais sur une base qui est plus solide que ce qui a été fait au cours des dernières opérations semblables.

Transferts fédéraux en matière de santé

Mme Harel: À l'égard des transferts fédéraux en santé, je voudrais bien, M. le Président, que le ministre ne contredise pas constamment le premier ministre, n'est-ce pas? Le ministre s'est spécialisé dans une espèce de position d'opposition en scrutant les budgets précédents. Je lui rappelle qu'au cours des cinq dernières années du gouvernement précédent l'augmentation a été en moyenne de 6,8 %. Alors, qu'il atteigne ce 6,8 %, en moyenne, là, et on s'en réjouirait, comme il devrait s'en réjouir lui-même.

Parce que, M. le Président, faut-il rappeler ce que disait le premier ministre, hein, quand il déclarait: Jean Chrétien a une responsabilité. Il n'échappera pas à ses responsabilités. Au cours des trois dernières années, il a coupé les transferts de 40 % en léguant les problèmes aux gouvernements provinciaux. C'est inacceptable. Le véritable responsable des fermetures d'hôpitaux, la détérioration des soins de santé s'appelle Jean Chrétien, etc.

Alors, j'aimerais bien que le ministre de la Santé ne contredise pas constamment son premier ministre, mais qu'il nous explique, lui qui a pu bénéficier... contrairement au gouvernement précédent qui l'avait obtenu en février 2003, mais qui n'a pas pu l'injecter. Comment peut-il justifier que ce 4 milliards de transferts fédéraux qui ont été enregistrés, dont le deux tiers grâce au gouvernement précédent, le 2,8 milliards, comment explique-t-il que ce 4 milliards n'aurait pas été injecté pour rehausser, comme l'avait promis le gouvernement libéral, les services à la population dans le réseau de la santé et des services sociaux?

M. Couillard: Bien, toutes les sommes obtenues par les transferts fédéraux, M. le Président, ont été injectées dans le système de santé, que ce soit pour la reconduction du système ou pour les nouvelles initiatives. Et je pense qu'il faut saluer effectivement l'entente du gouvernement précédent et la dernière entente signée par le premier ministre qui d'ailleurs — c'est bien que la critique de l'opposition le mentionne — défendait avec vigueur, même dans un autre Parlement, les intérêts du Québec en termes du déséquilibre fiscal notamment et des transferts en santé, alors que, comme on le notait récemment à l'Assemblée nationale, dans la même période le premier ministre du gouvernement de l'époque disait qu'il ne s'opposait pas, lui, à la coupe, pardon, des transferts fédéraux. Alors, je pense que, là, il y a une constance d'attitude qui est tout à l'honneur du premier ministre, également sa

capacité de défendre les intérêts du Québec sur tous les fronts et même aux endroits où c'est plus difficile politiquement de le faire, c'est-à-dire à l'extérieur du Québec. Et je pense que là-dessus la population lui reconnaît cette qualité-là.

Maintenant, nous avons effectivement investi les sommes transférées par le gouvernement fédéral, qui sont effectivement importantes. Il faut ajouter que, cette année, c'est 735 millions de dollars de plus qui ont été obtenus en vertu de l'entente de septembre sur la santé. Mais, nous, on est très à l'aise avec le concept de profiter et de tirer des avantages de la citoyenneté canadienne. C'est un concept, nous, la citoyenneté canadienne, qui ne nous donne pas d'urticaire. Au contraire, on est des citoyens de ce pays, on en est contents, et on en récolte de grands bénéfices.

Et il faut rappeler à cet effet les grands bénéfices que la citoyenneté canadienne nous apporte, que l'appartenance à la fédération canadienne nous apporte, malgré les exercices de prestidigitation comptable auxquels on a assisté récemment avec le dépôt du document intitulé... je ne sais pas si c'est le budget de l'an 1 ou si ça a changé de nom dans l'intermédiaire, on pourra y revenir. Mais ce serait intéressant de le faire également compte tenu de la santé, parce que, sur ce qui est prévu pour la santé, ce document est particulièrement intéressant également. Mais effectivement le gouvernement fédéral, sous la pression du gouvernement du Québec et du Conseil de la fédération, a augmenté les transferts en santé. Comme nous l'avions dit, l'ensemble de ces transferts a été consacré à rehausser les dépenses en santé du gouvernement du Québec. Et le fait que ça vienne du gouvernement fédéral, donc des contribuables canadiens, de ce pays dont nous sommes citoyens, ce n'est pas pour nous quelque chose de fondamentalement difficile à accepter.

Mme Harel: Je constate qu'il y a évolution dans la pensée nationaliste du ministre qui disait, en réponse à des questions que je lui posais, il y a déjà un an de cela, que c'était de l'argent des Québécois que l'on récupérait à Ottawa. Alors, je ne l'ai pas entendu à nouveau répéter cette assertion. Oui, c'est de l'argent des Québécois que l'on récupère à Ottawa. Le problème, M. le Président, c'est qu'on soit obligés de faire ce parcours pour l'administrer chez nous. Alors, il serait beaucoup plus simple de le garder nous-mêmes pour l'administrer en fonction de nos propres priorités.

Croissance structurelle des coûts et financement des priorités d'action

Mais j'aimerais rappeler le document *Partenaires pour la santé* qui contient les engagements du Parti libéral en matière de priorités d'action pour la santé et les services sociaux, et on y lit ceci: «Le cadre financier du plan d'action prévoit une croissance annuelle de 5,1 % des crédits destinés à la santé, de manière à couvrir la croissance [...] des coûts[...]. La croissance [...] comprend notamment les hausses salariales, la dépréciation des immobilisations et des équipements, la croissance de la demande de soins [...] résultant du vieillissement de la population et autres pressions[...]. Le cadre financier du plan d'action prévoit également le financement des actions prioritaires en santé d'un prochain gouvernement libéral.»

● (10 h 50) ●

Et, quand on revoit le tableau qui suit, on constate que, pour 2005-2006, il s'agissait d'un montant de 314 millions de dollars qui s'ajoutait à la croissance annuelle de 5,1 et qui s'ajoutait également à l'engagement suivant: «Un gouvernement du Parti libéral du Québec ajoutera à ces réinvestissements les transferts supplémentaires consentis par le gouvernement du Canada au gouvernement du Québec en conformité avec l'Accord de 2003 des premiers ministres[...]. Au total, un prochain gouvernement du Parti libéral investira les crédits supplémentaires suivants afin de remettre sur pied notre système de santé...» Et, pour 2005-2006, il s'agissait de 1,5 milliard. Alors, c'est la moitié de cette somme que le ministre a obtenue du Conseil du trésor, 780 millions. C'est 780 millions, et finalement on le voit, c'est en décroissance permanente. Alors, la question est simple: Comment est-ce que le ministre peut justifier qu'il pourra faire du développement avec 183 millions de moins que l'an dernier?

M. Couillard: Oui. M. le Président, c'est qu'il faut reprendre les mêmes explications que l'an dernier. De toute évidence, elles n'ont pas été suffisantes, de sorte que je vais les reprendre.

Lorsqu'on analyse le coût de système en santé, ce qui produit le chiffre presque mythique de 5,1 %, c'est l'ajout de nombreux facteurs, dont les paramètres salariaux. Alors, les paramètres salariaux ne sont pas inclus aux crédits actuellement présentés à l'Assemblée nationale. Ils seront ajoutés selon les résultats des négociations, d'une part; d'autre part, selon les résultats des conversations touchant l'équité salariale, de sorte qu'on peut raisonnablement prévoir qu'en termes de dépenses réelles, advenant le cas bien sûr où ces ententes seraient conclues, les dépenses réelles en santé, pour 2005-2006, risquent fort de dépasser le milliard de dollars.

Je pense que c'est important de le mentionner, parce que, dans l'indexation qui est prévue — on en verra les détails dans le cahier ici, là — on parle d'indexation salariale, mais il s'agit de l'effet de changement d'échelon. L'augmentation de salaire qui sera négociée n'est pas incluse dans les crédits qui sont actuellement déposés, de même que les ajustements consécutifs à l'équité salariale.

Alors, lorsqu'on prend en cause ce phénomène, on s'aperçoit qu'il est tout à fait possible et mathématiquement possible en fait — c'est très bien expliqué dans le cahier de crédits — il est mathématiquement possible de faire du développement, tout en ajoutant la pleine indexation au réseau de la santé et des services sociaux. Et il y aura un nouvel ajustement éventuel à faire pour les paramètres salariaux, s'ils s'appliquent pour l'année 2005-2006. On verra le résultat des négociations et des conversations sur l'équité salariale. Et ça, ce n'est pas de mon ressort seulement, M. le Président, c'est l'ensemble du gouvernement qui veut conclure une entente avec ses employés du réseau de la santé et également conclure les conversations touchant l'équité salariale.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, ça termine le premier bloc d'échange avec le parti de l'opposition officielle. On va chez Mme la députée de Lotbinière pour ses cinq minutes, puis après ça je reviens à ma droite. Alors, Mme la députée de Lotbinière.

Services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement

Mme Roy: Merci, M. le Président. Il me fait plaisir de saluer les membres de cette commission et d'entreprendre cette étude des crédits. Malgré que j'aie reçu seulement les documents ce matin, nous allons faire en sorte que ce soit profitable.

Je vais prendre le premier cahier, cahier explicatif des crédits, la page 9. De façon plus spécifique, ma question, c'est le Programme de soutien aux organismes communautaires. Vous avez trois volets nationaux: la mission globale, les ententes spécifiques et les projets ponctuels. C'est ce qui vous permet à l'occasion de faire des annonces comme on a eu le 21 février dernier, des sommes pour les troubles envahissants du développement, dont l'autisme.

Habituellement, ces sommes-là transitent par les agences... bien, avant, les régies; maintenant, les agences. Je voudrais savoir comment vous allez faire pour vous assurer que les agences vont respecter ces enveloppes-là, puisqu'il a été mis à votre attention, à l'automne dernier, et à la mienne également, que la clientèle de troubles envahissants de développement, en Chaudière-Appalaches, les sommes qui ont été attribuées à l'agence sont de 75 000 \$ et que, là, on ne respecte plus le taux de prévalence argent-programme dans les agences. C'est-à-dire que, pour être plus claire, pour que le monde qui nous écoute comprenne, 35 % du budget total ont été attribués à certaines MRC quand ils avaient seulement 7 % de clientèle, et une région comme Lévis a reçu seulement 7 % du budget et avait 35 % de la clientèle potentielle. Je voudrais savoir si maintenant vous allez établir une reddition de comptes pour les agences, afin que cette façon-là, avec le taux d'argent-programme, de prévalence, puisse éviter, là, qu'on fasse de la petite politique au niveau local.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Je veux juste corriger quelque chose. À la page 9, on parle des organismes communautaires à vocation nationale, donc on n'est pas dans le même secteur que le sujet que vous avez abordé, là.

Mais, pour aller directement à votre question, qui est justifiée, sur la question des troubles envahissants du développement, vous savez que c'est un programme qu'il a fallu bâtir de toutes pièces, hein? Il y avait 2 millions non récurrents qui existaient, à notre arrivée. On a augmenté le soutien à ce programme à 31 millions de dollars récurrents, et on a également mis sur pied un programme de formation. Maintenant, ce programme-là est dirigé vers les agences régionales, et, là, il se dirige d'abord vers les établissements, vers les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et également certains groupes communautaires qui participent au programme.

On est également préoccupés par cette question, la question que vous mentionnez, sur le plan de la répartition interrégionale, puisque, comme il s'agit d'un nouveau programme, il est difficile de lui accorder les critères historiques qu'on applique pour les autres programmes dans notre mode d'allocation. Alors, il y a des travaux qui sont en cours actuellement avec les gens de ce milieu pour qu'on ajuste les sommes réparties régionalement selon les niveaux de clientèles qui sont présentes. Parce qu'il y a un effet un peu, comment dire, je ne dirais pas un effet pervers parce que les gens vont chercher des services, et c'est

bien que ces services existent, mais il y a une tendance, pour les familles avec ces enfants, de se déplacer vers les régions qui sont mieux pourvues dans ces services-là, notamment la région de Montréal qui se trouve avec une surcroissance de sa clientèle en attente de services, notamment à cause de ce phénomène-là, et on veut que, de plus en plus, les régions soient indépendantes et puissent assurer elles-mêmes les services en soutien bien sûr avec les établissements universitaires.

Et il faut rappeler également qu'on n'a, jusqu'à maintenant, pas assez d'intervenants, au Québec, pour donner le service qu'on veut donner, et c'est pour ça qu'on a mis sur pied le programme de formation avec l'Université Laval notamment, l'Université du Québec à Chicoutimi, je crois — et l'Université de Montréal également? — qui ont participé à la mise sur pied de ce programme-là pour qu'on ait un réseau d'intervenants qui soient disponibles partout au Québec.

Mme Roy: Vous savez qu'étant dans une région rurale nous sommes très sensibles à la répartition de ces sommes-là, parce que les distances sont énormes, et le fait d'envoyer des sommes à Montmagny, c'est vraiment loin de Lotbinière ou encore loin de la Beauce, Beauce-Nord, admettons.

Par contre, à ces réponses, vous aviez déjà dit qu'afin d'éviter les problèmes d'équité interrégionale ce serait sur une base de population, et, à date, à ce que je sache, tous les organismes communautaires font tellement de reddition de comptes qu'on sait exactement quelles clientèles ils desservent, quels pourcentages de problèmes en déficience intellectuelle, en autisme, en TED ils ont. Je ne vois pas pourquoi, là, on ne se servirait pas de ces données-là tout de suite pour valider une position équitable pour tout le monde.

Le Président (M. Copeman): De la façon la plus succincte possible.

M. Couillard: Oui. Très succinctement, c'est une bonne nouvelle pour la députée. Sa région, la région 12, cette année, va atteindre ses cibles, là, en termes de nombre d'enfants desservis pour les troubles envahissants du développement. C'est tout à l'honneur des intervenants de Chaudière-Appalaches et des groupes qui travaillent avec eux.

Mme Roy: Je pense qu'on peut...

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

Mme Roy: Une toute petite...

Le Président (M. Copeman): Bien, on a déjà dépassé le cinq minutes, là, Mme la députée, alors...

Mme Roy: Juste une petite...

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

Mme Roy: O.K.

Le Président (M. Copeman): Alors...

Mme Harel: Consentement.

Le Président (M. Copeman): Bien, oui, on s'était entendu sur un mode de fonctionnement, Mme la députée. Je pense que, pour bien mener les travaux, là, comme je vous dis, on a déjà dépassé le cinq minutes.

Mme Roy: Vous avez parlé plus longtemps que j'aurais parlé.

Le Président (M. Copeman): Bien, oui, mais, moi, j'applique l'entente, Mme la députée, c'est ça que je fais. Si vous doutez de cela, on va avoir des problèmes.

Mme la députée de Chambly et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois

Mme Legault: Merci, M. le Président. Bonjour, chers collègues, bienvenue et bienvenue aussi à toutes les personnes qui vous accompagnent.

Dans ses remarques d'introduction, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve a présenté la correction de l'inéquité régionale comme étant une erreur. Personnellement, là, avec respect, je ne partage pas cette opinion.

Mme Harel: Excusez-moi, Mme la Présidente. Je regrette, là, c'est de l'interprétation.

Mme Legault: Ah!

Mme Harel: Je n'ai pas présenté l'équité, comme l'a dit Mme la députée de Chambly. Je ne l'ai pas fait de cette façon. Ce que je dis, c'est que c'est contraire à l'engagement libéral.

Mme Legault: Alors, pour ma part, Mme la Présidente, j'estime qu'on doit être à la recherche d'un certain équilibre pour tous les individus, pour tous les Québécois et Québécoises, puis que, sur l'ensemble du territoire, il doit y avoir des sommes disponibles pour qu'ils puissent avoir accès, d'une façon équitable et équilibrée, à des services de santé.

Alors, vous savez, bon, que je suis une députée de la Montérégie, mon collègue, ici, le député de Saint-Jean l'est aussi, nous nous réjouissons, là, des gestes que vous posez pour atteindre justement un meilleur équilibre pour tous. Est-ce que vous pouvez commenter davantage?

● (11 heures) ●

M. Couillard: Bien, merci, Mme la Présidente, et c'est pour moi un grand sujet d'interrogation, comment il se fait que le gouvernement précédent n'ait, à toutes fins pratiques, rien fait pour corriger l'inéquité interrégionale, alors que notamment, pour la Montérégie, qui est la région, on le sait, la plus sous-financée sur une base historique, il y avait des membres très influents du gouvernement précédent qui étaient députés de cette région: le premier ministre d'alors, auparavant ministre des Finances, ministre de la Santé d'alors, auparavant ministre de l'Éducation qui a été également ministre des Finances, c'est assez surprenant de voir qu'il n'y a rien qui a été fait. Mais, à la réflexion, on peut l'expliquer, parce qu'il s'agit d'une décision et d'une action qui est difficile, hein? Ce n'est pas

facile de mettre ça en place et de commencer à corriger ces inéquités historiques, et on a commencé à le faire, comme vous avez remarqué.

D'abord, comment cette situation s'est-elle créée? Bien, on a reconduit historiquement des budgets, année après année, dans toutes les régions du Québec, basés sur des estimations de populations qui sont historiques, de sorte qu'on ne s'est pas interrogés sur les déplacement de populations, et ça, ça explique pourquoi, parmi les régions qui sont les plus sous-financées sur le plan individuel, ce sont les régions périurbaines qui sont les plus atteintes et notamment autour de Montréal — la Montérégie, Lanaudière, les Laurentides — qui effectivement ont été les plus touchées par ce phénomène d'inéquité où encore une fois on reconduisait aveuglément, si je pourrais dire, les budgets année après année.

Alors, quand on veut corriger un phénomène d'inéquité interrégionale, d'abord il faut bien l'évaluer et se fixer une façon de le corriger. Alors, ça a été fait en réunissant toutes les régions autour d'une formule à laquelle ils se rallieraient tous. Toutes les régions s'y sont ralliées, quant à la façon d'évaluer les dépenses qu'il serait normal d'attendre pour tel ou tel type de programmes. Et, pour l'ensemble des programmes sauf la santé physique, c'est basé sur une approche populationnelle, mais une approche populationnelle qui n'est pas une approche populationnelle pure, c'est-à-dire que, si on ne faisait qu'adopter l'approche populationnelle, bien sûr la Montérégie en serait fortement favorisée. Par contre, les régions éloignées, avec des populations moins densément peuplées, avec des profils démographiques ou des profils socioéconomiques différents, s'y verraient pénalisées, de sorte que c'est une approche populationnelle qui est modulée par de nombreux indicateurs et qui est en constante évolution.

Alors, chaque année, on fait la partie de correction qu'il est possible de faire d'après les budgets disponibles en allant bien sûr préférentiellement vers les régions les plus sous-financées. Et c'est la raison pour laquelle, cette année et l'année précédente, la Montérégie est la région qui a obtenu le plus de développement. Parce que là-dessus le commentaire de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve est exact, la façon dont on corrige les choses, si on ne veut pas couper, entre guillemets, une région... Parce que la façon très bête de le faire, ce serait de dire: Bien, on va investir massivement en Montérégie et puis on va désinvestir à Montréal, on va diminuer la somme par exemple attribuée à Montréal, ce qu'on ne veut pas faire. Alors, toutes les régions du Québec, cette année et l'année précédente, voient leur budget augmenter avec la pleine indexation, avec l'indexation de prix spécifique, avec le rehaussement des bases budgétaires.

La correction s'applique sur les développements où effectivement des gens qui sont considérés — et là il faut utiliser le terme très prudemment parce que personne n'est riche, en santé, au Québec, tout le monde aurait besoin de plus compte tenu des besoins énormes qui existent... Les régions qui sont considérées mieux financées que d'autres sont amenées, en ayant un peu moins de développement que celles qui sont sous-financées, à s'interroger sur leurs pratiques. Parce que, si on reproduit aveuglément les budgets historiques, on assure la pérennité de ces pratiques différentes qui ne sont pas des pratiques bonnes pour la population d'abord et également efficaces sur le plan d'une saine gestion.

Par exemple, comment aborde-t-on, dans une région ou dans une autre, le phénomène de la perte d'autonomie chez les personnes âgées? Alors, si une région historiquement a institutionnalisé de façon très importante des personnes âgées à des degrés de perte d'autonomie plus basse, bien ça explique que le taux de dépenses dans ce programme-là soit beaucoup plus élevé. Et, si on n'amène pas la région à se réinterroger sur ses pratiques, à la nécessité de se réorienter dans ces pratiques-là, il n'y a rien qui va jamais changer, parce que, dans le domaine de l'administration publique, c'est des sociétés humaines, puis ce n'est pas différent d'une société à l'autre, c'est toujours le chemin de plus faible résistance qui est emprunté. Alors, si c'est facile de rediriger toujours les sommes de la même façon, les organisations humaines, les sociétés font en sorte que c'est de la façon dont ça se produit.

Alors, on amène bien sûr les régions considérées en excès relatif de ressources à s'interroger sur leurs pratiques, à faire des réallocations de budget, à transformer la façon dont les services sont donnés, et en même temps on ajoute du développement. Il y a des développements. Il faut rappeler qu'à Montréal, cette année et l'année précédente, c'est les plus grandes augmentations en termes de budget global que Montréal ait connues au cours des dernières années. Alors, il y a de l'augmentation budgétaire partout, mais on favorise, sur le plan des développements, les régions en sous-financement chronique. Et votre région, la région de la Montérégie, est l'exemple le plus frappant de ça, parce que, dans la plupart des programmes, c'est une région qui est extrêmement sous-financée, à des niveaux très, très bas, même dans... Je prends la santé mentale, par exemple. La santé mentale, c'est un élément où la Montérégie est extrêmement défavorisée, de façon historique.

Alors, c'est comme ça qu'on procède. On y va de façon très progressive parce qu'il ne faut pas faire d'instabilité, générer d'instabilité dans le réseau de la santé. Mais, moi, je suis persuadé que cette entreprise que nous avons débutée, toutes les administrations futures vont la continuer parce que c'est une simple question d'équité envers les citoyens du Québec qui paient des impôts et taxes et qui ont droit aux mêmes services, surtout les services de base, de façon égale.

Et bien sûr ce n'est pas facile et ça crée toujours un peu de tension dans le réseau, mais l'important, c'est d'avoir une approche concertée, et, là, il y a une approche concertée. Toutes les régions sont assises autour de la table, toutes les régions peuvent faire valoir leurs points de vue sur la façon dont on calcule les niveaux de financement. Et puis la réflexion se refait à chaque année, de sorte que je crois qu'on est assis sur une base beaucoup plus solide que ce qui était fait auparavant.

Mais encore une fois ma grande stupéfaction, c'est qu'il n'y a jamais... Compte tenu du fait qu'on a entendu tantôt qu'il y a eu des importants réinvestissements entre 2000 et 2002... ou 1999 et 2002, comment ça se fait qu'on n'a pas utilisé une partie de ces réinvestissements pour rétablir l'équité interrégionale? Il y avait là une occasion en or, parce qu'il faut se souvenir que l'administration d'alors a reçu de façon inespérée une forte augmentation des transferts fédéraux, dans ces années-là, de péréquation notamment. C'est ce qui leur a permis de générer des sommes supplémentaires pour le système de santé. Et, si, au lieu de les englober dans des corrections budgétaires

inefficaces — je l'ai expliqué tantôt — on l'avait consacrée au rehaussement de services et à la correction en inéquités, on n'en serait pas, aujourd'hui, où nous en sommes.

Et là-dessus je dois... Puis, moi, je fais toujours attention — et parfois on trouve même que j'exagère — de rendre hommage et rendre justice à ce qui a été fait dans le gouvernement précédent. Il y a des éléments qui ont été faits qui sont satisfaisants: les organisations de santé publique par exemple; la première loi sur le tabac; les activités médicales particulières. Ce sont des bonnes choses que le gouvernement précédent a faites. Puis le nouveau mode d'allocation, il faut se souvenir que c'est mon prédécesseur, M. Legault, qui avait réuni pour la première fois la table, mais les travaux n'étaient pas très accélérés. Alors, notre impact là-dedans, ça a été d'accélérer de façon marquée les travaux de cette table de concertation pour mener à l'édification d'un modèle d'allocation.

Là-dessus, on me permettra, M. le Président, de souligner le travail d'un grand serviteur de l'État québécois, M. Pierre Malouin, qui a assisté d'ailleurs le député de Rousseau, lorsqu'il était à l'Éducation, pour le nouveau mode d'allocation à l'Éducation, qui est venu, en Santé, faire le travail avec notre équipe ministérielle, M. Malouin qui a quitté l'administration publique il y a quelques semaines maintenant. Je pense qu'il est du devoir des parlementaires de souligner ce genre de travail là parce qu'on en ressentira encore les effets dans plusieurs années dans le réseau de la santé.

Mais il faut avoir le courage et la détermination de continuer, M. le Président. Chaque année, il faut refaire les mêmes explications, il faut expliquer aux citoyens ou aux régions la logique qui est derrière ces décisions-là — lorsqu'on l'explique, elle est en général très bien accueillie, cette logique — et y aller de façon prudente, de façon à ne pas créer de déséquilibre dans notre réseau de la santé.

Mme Legault: Merci, M. le...

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Legault: O.K. Oui, ça va.

Le Président (M. Copeman): Oui. Également, il y a Mme la députée de Maskinongé. On va aller avec M. le député de Saint-Jean, en premier lieu.

M. Paquin: Merci, M. le Président. Un peu pour revenir sur le sujet, vous allez me permettre d'intervenir, M. le Président. Ce que ma collègue vient de mentionner au niveau de l'équité du financement en Montérégie, je l'ai vécu de façon très drastique. Et je dis sans gêne que c'est... Je rajoute à ce que le ministre a dit avec beaucoup de sérénité, je vais aller un peu plus loin. Moi, la façon que je vois ça, là, sans gêne, c'est que le gouvernement du Parti québécois a tout simplement, au niveau de la santé et à d'autres niveaux mais principalement au niveau de la santé, laissé tomber la Montérégie. C'est même incontestable, là.

Je vais prendre un exemple que j'ai vécu chez nous. J'ai le privilège d'être le député du comté de Saint-Jean, M. le Président, le privilège. L'Hôpital du Haut-Richelieu, qui est un hôpital qui a été, comment dirais-je, dans les années 2000, et il l'est encore, parmi les hôpitaux qui, qualité-services, est catégorisé parmi les meilleurs au

Québec, toujours, là, rapport à l'appui du ministère de la Santé dans les deux, trois premières... Eh bien, en plus de ne pas remonter le budget en Montérégie et aussi, automatiquement, pour l'Hôpital du Haut-Richelieu, à ce moment-là... La population disait, au début de l'année 2000, les années 2000, 1999, qu'on voulait faire, avec l'Hôpital du Haut-Richelieu, un dispensaire. C'était ça qui se disait dans le milieu. Ce n'est pas croyable, là, mais c'est ça que la population disait.

● (11 h 10) ●

En plus de ne pas avoir monté le budget pendant des années, et des années, et des années, chose qui est inacceptable... Savez-vous, quand on a eu des problèmes de budget, en 2000, on a été obligé de former un comité de survie. Ce n'est pas des farces, là. Je le dis, là, puis j'en ai encore, là, du frisson. On a été obligé de former un comité de survie pour essayer d'expliquer à la ministre d'alors... et, soit dit en passant, qui était une ministre députée de Taillon, l'amie de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, avait décidé, pour régler le problème, elle, plutôt que de venir s'asseoir avec nous, de mettre l'hôpital sous tutelle de 90 jours. Mais pas une tutelle, là, deux tutelles consécutives de 90 jours.

Puis, aujourd'hui, ici, ce matin, j'entends, de la part de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, des mots comme: ils avaient fait des planifications. Mais, croyez-moi, les planifications qu'ils ont faites, on en a payé le coût, nous, à Saint-Jean. Et d'ailleurs je pense que toute la population au Québec a bien vu ça parce que le plus beau sondage que j'ai vu, officiel, c'était le 14 avril 2003, la population a rendu jugement là-dessus.

Mme Harel: Vous n'avez pas vu le prochain, là!

M. Paquin: Oui, bien on verra.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, s'il vous plaît!

M. Paquin: M. le Président, ma question au ministre, si vous permettez... C'était plus fort que moi, M. le Président. Je l'ai vécu, comme je vous dis, là, ce n'est pas un rêve, c'est un cauchemar d'horreur qu'on a vécu. Demandez à n'importe qui de mon coin, ils vont vous répondre exactement la même chose que moi.

Écoutez, ma question au ministre, c'est que je constate qu'il y a beaucoup de prévalu au niveau de la santé et que le ministre, et je le dis avec beaucoup de fierté, fait un travail extraordinaire, et je suis très fier de faire partie de cette équipe-là et de travailler en collaboration proche avec le ministre de la Santé, parce que c'est vraiment formidable qu'est-ce qui se passe présentement.

Prévention des infections nosocomiales

Je vais aborder un sujet. On sait que, cet hiver, il y a eu beaucoup, beaucoup, beaucoup de gripes, plus que par les années passées, et malgré ça le nombre de bactéries a diminué de façon sensible. J'aimerais savoir, de la part du ministre, à quoi il attribue cette situation, que cette bactérie, ce problème a été mieux géré. Quelles mesures ont été mises en place pour prévenir justement le contrôle de cette bactérie et quels sont les crédits qui ont été affectés à cette situation?

M. Couillard: Merci, M. le Président. Vous me permettez très brièvement de présenter les personnes qui m'accompagnent, j'ai malheureusement oublié de le faire au début de mes interventions: à ma gauche, Mme Johanne Whittom, qui est directrice de cabinet; à ma droite, M. Iglesias, qui est le sous-ministre en titre de la Santé. Et j'ai également, derrière moi, des sous-ministres adjoints du ministère: Mme Jocelyne Dagenais, Mme Renée Lamontagne et M. Jacques Larouche; M. Bureau et d'autres employés du ministère de la Santé et des Services sociaux qui sont là pour nous assister, de même que du cabinet. Et on est heureux de leur présence et on les remercie de leur dévouement à la cause de l'administration publique et du système de santé du Québec.

Alors, cette question de la bactérie *C. difficile*, c'est une question excessivement importante, et je remercie mon collègue de l'aborder. Je suis certain qu'on continuera de l'aborder au cours des débats. D'abord, il ne s'agit pas d'un nouveau phénomène, il s'agit d'une exacerbation marquée d'un phénomène ancien. Les bactéries et les infections nosocomiales sont présentes dans nos hôpitaux.

«Nosocomiales», ça veut dire «causées par le traitement ou amenées par le traitement qui se fait dans les hôpitaux». Et plus la médecine devient technique, plus la médecine intervient sur les personnes affaiblies, plus on utilise d'antibiotiques, plus on produit ce genre de bactérie résistante. Ce qui est cependant apparu en 2003, à la fin 2003, c'est une augmentation très importante du nombre de ces infections qui a en effet perdu son caractère saisonnier, parce que le député a bien expliqué que l'infection varie en suivant les cycles d'utilisation d'antibiotiques, de sorte que, l'hiver, lorsqu'on a des gripes et qu'on utilise des antibiotiques, bien il y a plus d'infections. On a observé, en fin 2003, une augmentation fulgurante du nombre de cas. On sait rétrospectivement qu'il s'agit probablement alors de l'introduction d'une nouvelle souche beaucoup plus toxique que les souches précédentes.

Et il faut dire également que collectivement, dans notre société, dans notre réseau de santé, depuis plusieurs années, de façon générale, on a oublié les choses essentielles, les choses essentielles telles que les précautions d'hygiène élémentaire, le nettoyage des locaux, l'isolement des patients touchés, le lavage des mains. Vous savez, il y a eu des études qui ont été faites... C'est important de le mentionner pour que les gens qui nous écoutent prennent conscience de l'importance de ce facteur-là. Prenons uniquement le lavage des mains: il y a des études qui ont montré, lorsqu'on observe les employés d'un hôpital ou les professionnels sans qu'ils s'en doutent, que le taux de lavage des mains, le nombre de pourcentage de gens qui effectivement se lavent les mains en passant d'un malade à l'autre n'est pas très élevé. Et les meilleures, c'est les infirmières, c'est elles qui se lavent les mains le plus entre les patients, et je vous surprendrais peut-être en vous disant que les moins performants, c'est les médecins. Alors, il faut remettre cette question à l'ordre du jour. Ça fait partie du traitement d'un patient, les précautions d'hygiène, les mesures de base et le contrôle d'utilisation des antibiotiques.

Alors, ce qu'on a fait d'abord, c'est la mise sur pied du programme de surveillance. Vous savez qu'on avait déjà un programme de surveillance sur le SARM, qui est une autre bactérie résistante. On l'a ajusté au *C. difficile*,

de façon à arriver au fait qu'on est probablement la seule juridiction que je connaisse, là, qui a actuellement un système de mesure, en temps presque réel, du nombre d'infections hôpital par hôpital en C. difficile.

On a formé un groupe avec nos conseillers du Comité des infections nosocomiales du Québec, avec l'Association des microbiologistes, de façon à dégager rapidement des recommandations, qu'on a diffusées dans tout le réseau, sur les mesures d'hygiène, la désinfection, l'utilisation des antibiotiques.

On a formé également un groupe de travail, un comité présidé par M. Aucoin, qui a déjà siégé à la commission Clair, M. Léonard Aucoin, qui doit d'ailleurs bientôt remettre son rapport pour nous donner des conseils sur tout l'ensemble de ce problème des infections nosocomiales. Comment allons-nous en faire une véritable priorité? Comment allons-nous nous prémunir pour l'avenir? Parce qu'il ne faut pas se conter d'histoire, comme on dit chez nous, le C. difficile, cette année, le SARM, il y en aura d'autres, bactéries nosocomiales et résistantes, au cours des prochaines années. Elles font partie du paysage hospitalier, et les efforts doivent être faits pour les diminuer ou diminuer leur incidence de façon la plus marquée possible.

Sur le plan des investissements, il y a eu des investissements de 20 millions de dollars au total, à la fois des investissements d'immobilisations et des investissements de fonctionnement, et on a également ajusté le ratio d'infirmières en prévention des pluri-infections dans nos hôpitaux au niveau recommandé de une infirmière par 133 lits d'hospitalisation. Mais on ferait une grave erreur, M. le Président, en ne faisant qu'une relation linéaire entre les investissements qu'on fait et les résultats obtenus. Parce que, si on fait cette relation linéaire, bien c'est 50, 100, 150, 200 millions de dollars qu'il faudrait mettre pour corriger la question des infections nosocomiales. Il est certain que des nouveaux investissements sont requis, mais on répète continuellement — et il faut le répéter dans nos milieux, dans nos établissements de santé — que faire la prévention des infections nosocomiales dans un établissement de santé, c'est rentable budgétairement. Si on investit un peu, au début, avec le matériel d'hygiène, un meilleur isolement des patients, un contrôle très rigide de l'utilisation des antibiotiques par le corps médical, on arrive à des résultats qui allègent la situation budgétaire de l'établissement.

Ça coûte très cher, traiter l'infection nosocomiale, hein? Avoir le patient en isolement dans une chambre privée, avoir du personnel supplémentaire, avoir des mécanismes de protection pour les visiteurs et le personnel, c'est excessivement coûteux pour l'ensemble du réseau de la santé. Et je crois déjà savoir que les évaluations économiques qu'on nous fait nous montrent que, si on s'adressait à ce problème de façon beaucoup plus énergique et concertée — tout le monde a une responsabilité, et ça commence dans l'établissement jusqu'au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux — on pourrait récupérer un peu plus de 300 lits d'hospitalisation par année, en libérant ou en diminuant ce recours aux chambres d'isolement et à l'isolement des patients. Et c'est un phénomène qui malheureusement, au Québec, est répandu. J'ai moi-même quelqu'un de très proche que je connais bien, qui est touché actuellement par la bactérie. On le voit concrètement autour de nous, et on espère

que le taux d'infection va revenir au niveau de base. On va avoir une idée plus nette de ça dans quelques mois, lorsqu'on aura eu une étude rétrospective de la question.

Et il faut également s'adresser tout de suite à l'ensemble du problème et non pas seulement au C. difficile, parce que ce qu'on fait pour le C. difficile va être efficace également pour les autres types de bactéries, les autres infections nosocomiales. Le lavage des mains, c'est aussi bon pour le SARM que pour le C. difficile. Et il faut mettre en place ces éléments-là, il faut que ça redevienne, il faut que ça redevienne une partie de la culture d'établissement, un automatisme. Et d'ailleurs les établissements qui ont été très actifs dans la mise en place de ces mesures-là en reconnaissent déjà les bienfaits. Que je pense au CHUQ ici, à Québec, ou au CHUS, à Sherbrooke, qui pourtant, souvenons-nous, avait défrayé les manchettes, au mois d'août dernier, on avait eu un taux important d'infections, bien ils ont diminué de façon majeure le nombre d'infections dans l'hôpital, notamment en contrôlant l'usage des antibiotiques. Je lisais, dans un rapport de presse, que l'usage des antibiotiques dans l'hôpital a diminué de 50 %. Alors, ça aussi, c'est budgétairement efficace pour un établissement, mieux gérer les antibiotiques, mieux les utiliser, mieux adopter des mesures de prévention.

Alors, on va bien sûr, lorsque le rapport de M. Aucoin sera disponible, le rendre public pour que l'ensemble de la population et du réseau voient bien quelles sont les mesures à prendre et qu'est-ce qu'il est nécessaire d'ajouter à notre arsenal actuel. On va bien sûr continuer la surveillance pour le C. difficile tant que le problème ne sera pas stabilisé, et au besoin on pourra ajuster le programme de surveillance pour y ajouter d'autres cibles de surveillance, si d'autres infections se développent.

Mais je pense qu'il faut reconnaître qu'il s'agit d'un problème qui bien sûr est arrivé chez nous, au Québec, qui touche également d'autres juridictions. L'Angleterre par exemple a fait face, au début des années 2000, à une poussée d'infections nosocomiales encore plus importante que celle que nous connaissons actuellement au Québec. Ils ont réagi à peu près d'une façon similaire: mise en place d'un programme de surveillance qui n'était pas cependant aussi détaillé et aussi contemporain que celui qu'on fait actuellement, et l'ensemble des mesures fondamentales.

Les gens sont toujours un peu surpris, dans le cas des infections nosocomiales, que les mesures de contrôle soient si simples. On s'attend toujours qu'en santé, lorsqu'il y a un problème, ça prend d'immenses investissements puis des technologies compliquées. Et le lavage des mains, la désinfection des locaux, l'isolement des patients puis le contrôle de l'utilisation des antibiotiques, ce n'est pas compliqué. C'est des mesures fondamentales qu'il faut remettre à l'ordre du jour dans nos établissements et dont on s'est probablement éloignés au cours des dernières années.

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

M. Couillard: ...avec le secours et le concours du réseau.

● (11 h 20) ●

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

**Accès équitable aux services sur
l'ensemble du territoire québécois (suite)**

Mme Harel: Oui, M. le Président. J'aimerais revenir sur la question de l'équité interrégionale dont à bon droit ont parlé Mme la députée de Chambly et M. le député de Saint-Jean. Alors, dans les renseignements qui ont été demandés, il y a finalement peu de choses, c'est assez laconique sur cette importante question. Alors, j'aimerais que le ministre nous interprète les informations que nous avons obtenues. Attendez, je cherche le document. Vous comprenez, M. le Président, nous avons eu ça ce matin, alors ce n'est pas simple de nous y retrouver. Alors...

Une voix: ...

Mme Harel: C'est à la page...

Une voix: 18 du tome II.

Mme Harel: ...18 du tome II, fameux tome que nous n'avons eu que ce matin. Alors, voilà: Qu'est-ce que cela signifie, là, puisqu'on nous y indique que l'écart estimé que le ministère avait fixé à 337 millions et dont l'objectif était de réduire de 10 % dès la première année, cette réduction serait de 5 % dorénavant? Est-ce que c'est ça qu'il faut comprendre?

M. Couillard: Alors, le...

Mme Harel: Alors, disons que les questions, pour nous replacer dans le contexte, là, je comprends que c'est des vases communicants. On prend les budgets dans les régions dites en surplus pour... on fait une ponction pour envoyer l'argent dans les régions dites en déficit, et c'est là le jeu des vases communicants, là. On autofinance en fait l'équité interrégionale en déshabillant Pierre pour habiller Paul. Alors, j'aimerais que vous nous expliquiez quel sera le montant de l'équité cette année.

M. Couillard: D'abord, ce n'est pas exact de dire qu'on fait des ponctions. On ne fait pas de ponction d'une région à l'autre. Ça se fait sur la base de développements. Ça, c'est important de le faire. Tout le monde est financé, tout le monde est indexé, tout le monde a des développements. Et on ne déshabille personne: il y en a qui ont des bermudas jusqu'au genoux puis il y en a qui ont des pantalons. C'est ça, la différence, là, entre les régions.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Initialement, les écarts estimés, globalement, les écarts estimés étaient de 337 millions. C'est terrible, M. le Président, je suis rendu que je suis obligé de mettre des lunettes pour lire le cahier de crédits. Ça me pétrifie, là.

Le Président (M. Copeman): Je compatis avec vous, M. le ministre.

M. Couillard: 337 millions, là, d'écarts, c'est la combinaison des sous-financements et des surfinancements. On a déjà corrigé, déjà on a commencé, l'an dernier, avec environ 10 % de correction, et on a obtenu en fait des écarts supérieurs à cet effort, puisque maintenant, en 2005-2006, les écarts estimés par le nouveau mode sont de 286,8 millions. C'est ce qui est indiqué au deuxième paragraphe. Donc, on a passé de 337 millions à 286,8 millions. Et on va continuer cette fois sur la base de 5 % et non pas de 10 %, justement pour ne pas créer l'effet que la députée s'inquiète de voir apparaître dans le réseau. On ajuste l'effort qui est fait selon l'ampleur des développements possibles dans le réseau de la santé. Alors, on se souvient que, l'an dernier, il y avait eu, grosso modo, je crois, près de 200 millions de développements de services. Donc, on a passé de 10 % à 5 % d'effort. Si, l'an prochain, on a des développements supplémentaires, on l'ajustera.

Dans le plan stratégique du ministère, qui a été déposé il y a quelques jours à l'Assemblée nationale, ce qu'on prévoit, c'est de diminuer au moins de 50 %, entre 2005 et 2010, cette inéquité interrégionale, mais il faut le faire de façon très prudente. Parfois, les régions sous-financées voudraient qu'on aille plus vite, notamment en Montérégie, Lanaudière, Laurentides. On leur dit: Si on va trop vite, là on va créer des déséquilibres, là on va créer ce que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve craint de voir apparaître dans notre réseau, c'est des ponctions importantes dans les régions considérées en, il faut le dire, en excès relatif, hein, il ne faut pas dire que personne, dans le réseau de la santé, est considéré comme riche. Tout ça est très relatif. Mais ça importe également de le dire, de dire les chiffres, de donner les objectifs.

Et il faut mentionner également — puis je termine là-dessus, M. le Président — que le mode d'allocation évolue. Ce n'est pas une chose statique, c'est quelque chose de vivant qui évolue année après année. Par exemple, cette année, il y a eu des corrections des écarts de sous-financement par rapport à ceux qui avaient été calculés l'année précédente, parce que c'est certain que les régions, particulièrement les régions qui sont considérées en excès de ressources, nous amènent des arguments. Ils nous disent: Écoutez, vous avez oublié de compter ceci, ceci, cela, voici la raison pour laquelle nous sommes considérés en excès. Compte tenu de notre situation particulière — je parle plus particulièrement des régions éloignées, ils font beaucoup de représentations là-dessus — l'écart ne devrait pas être calculé de cette façon-là mais plutôt de cette façon-ci. Ceci est soumis à la table, à toutes les régions. Et, lorsqu'on a un consensus qu'effectivement c'est justifié, on fait la correction. Alors, c'est pour ça que le chiffre va probablement changer d'année en année. Mais il faut que le gouvernement se commette. Et les prochains également qui occuperont le poste de ministre de la Santé et des Services sociaux, il faut que les gouvernements se commettent à corriger de façon progressive ce problème-là qui n'est pas acceptable sur le plan social.

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

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, je comprends donc de la réponse du ministre que la réduction de l'écart qui avait été annoncée sur 10 années à raison de 10 % par année soit maintenant sur presque 20 ans si c'est une réduction de 5 %. Mais, quoi qu'il en soit, M. le

Président, j'entendais le plaidoyer du ministre... du député de Saint-Jean, n'est-ce pas — c'est un lapsus — j'entendais le plaidoyer du député de Saint-Jean à l'égard de la région de la Montérégie, et je constate que le gouvernement précédent, malgré l'impression qu'il en a eue et qu'il nous a livrée tantôt, le gouvernement précédent avait consacré, en 2002, un total, au Québec, de 50 millions de dollars, dans une seule année, pour corriger l'écart, en annonçant que ça allait se faire sur trois ans, en ajoutant, n'est-ce pas, et non pas en soustrayant. Parce que, là, le ministre peut bien dire qu'on ne déshabille pas Pierre pour habiller Jean, sauf qu'on retire du développement, hein? Celui qui avait des sandales, il ne peut pas s'acheter des souliers parce que l'argent qu'on lui a promis pour le développement, on lui en restreint 50 %. C'est d'ailleurs ce qu'on retrouve dans la réponse du ministre dans les crédits.

Alors, la Montérégie, compte tenu de ce que vous exprimiez tantôt, en une seule année 2002, a reçu 24 millions pour corriger l'inéquité interrégionale. Sur les 50 millions, la Montérégie a obtenu la grosse partie, là, 24 millions de dollars. Vous pouvez retrouver ça dans un communiqué, là, qui est public. Je peux le déposer, M. le Président, si le ministre... si le député le souhaite. Et je voudrais simplement lui signaler que, pour les trois années... troisième année budgétaire de son gouvernement, la Montérégie a reçu 14 millions l'an dernier, et, avec la réponse que le ministre vient de me donner sur la réduction de 5 % de l'écart, ce sera 7 millions cette année. C'est-à-dire qu'en trois années budgétaires, là, son gouvernement n'aura pas fait encore à la hauteur de ce que le gouvernement précédent a fait pour la Montérégie... en un an. Alors, je crois que le plaidoyer du député de Saint-Jean doit continuer peut-être auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux pour pouvoir le convaincre d'en faire autant, hein, que le gouvernement précédent a fait en Montérégie.

Je veux également, M. le Président, donc, rappeler que ce budget additionnel de 50 millions du prédécesseur, l'actuel député de Rousseau, là, budget qui a été consacré à une, deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit régions, a été livré, si vous voulez. Ces régions ont pu bénéficier de ces montants. Cependant, M. le Président, je relisais les engagements de l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux en cette matière.

Alors, je retrouvais le journal qui s'intitule *L'Action*, le dimanche 30 mars 2003. On est à 14 jours, deux semaines de l'élection en 2003. Alors, à l'époque, on l'appelait le docteur, là. Je ne pense pas que ce soit encore possible, mais enfin. Il était dans la région de Lanaudière, et il a promis à la région de Lanaudière de «corriger le sous-financement dans les premiers mois du prochain gouvernement libéral», a déclaré — l'actuel ministre — le candidat libéral et aspirant ministre de la Santé alors qu'il était de passage dans le comté». M. le ministre — en fait je ne peux pas l'appeler par son nom, je respecte ça, M. le Président — a déclaré que «la région ne manque pas de 31 millions, ce que la région avait évalué pour régler son problème d'équité, mais bien de 87 millions», hein? Il a fait la surenchère. En allant dans la région de Lanaudière, il leur a dit: Ce n'est pas 31 millions, là, dans les prochains mois, c'est 87 millions, alors que finalement ce n'est pas du drôle, parce que je sais les soucis que se font les gens du réseau mais aussi la population dans ces régions.

● (11 h 30) ●

Finalement, c'est 6 millions sur 10 ans. Mais là, avec l'écart de 5 % de réduction, ça va être finalement un 6 millions sur combien d'années, plutôt que le 87 millions que le ministre avait à l'époque promis à la population? On voit la surenchère, tu sais, il faut lire les journaux de cette époque pour assister à une surenchère que je ne veux pas qualifier parce que définitivement ce serait anti-parlementaire. Alors, comme je le sais moi-même, je ne vais pas le qualifier.

Nouveau mode d'allocation des ressources

Ce sur quoi je veux interroger le ministre, c'est le fait qu'il ait annoncé, lors de l'étude des crédits, en 2003, en juillet 2003, qu'il allait faire la réorganisation dans le réseau de la santé, et je le cite: «Ça doit être fait absolument de concert avec l'élaboration d'un nouveau mode d'allocation financière.» Et, dans les réponses aux questions que nous avons posées, nous retrouvons ceci que je lis, là, à la page 18: «Les travaux se poursuivent en vue de peaufiner le nouveau modèle d'allocation des ressources.» Alors, on voit bien, M. le Président, que ce que le ministre disait, il y a deux ans, comme étant une condition sine qua non — c'était une obligation de résultat, hein, qu'il s'attribuait — c'est devenu en fait une obligation de moyens tout simplement, maintenant.

Hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie

Alors, j'aimerais également, sur un autre sujet, M. le Président, interroger le ministre concernant l'hébergement de longue durée. Alors, est-ce qu'il confirme, là, la déclaration que l'on retrouve dans le journal *La Presse*, aujourd'hui, à l'effet que, contrairement aux déclarations qu'on retrouve dans le document de consultation intitulé *Les services des aînés en perte d'autonomie*, contrairement aux crédits qu'on retrouve où on n'indique aucun nouvel engagement en termes d'augmentation de places d'accueil... A-t-il l'intention, comme le révèle le journal *La Presse* aujourd'hui, d'augmenter le nombre de places en CHSLD? De combien pour la présente année? Et qu'en est-il des travaux qui se poursuivent au ministère, qui m'ont été confirmés, hier, par le secrétaire au Secrétariat des aînés, en ce qui concerne des modifications à la contribution des personnes, des adultes hébergés, comme on les appelle, en fait des personnes hébergées dans les CHSLD? A-t-il l'intention de hausser considérablement cette contribution pour la faire équivaloir, dans l'égalité encore une fois dans la malchance, là, aux adultes en perte d'autonomie qui sont en résidence privée?

Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois (suite)

M. Couillard: Bien, M. le Président, il y avait trois, quatre ou cinq questions dans la question, alors je vais la reprendre du début. D'abord, c'est bien de lire *L'Action*. D'ailleurs, si elle lit *L'Action* ces jours-ci, la députée verra donc un investissement de 24 millions de dollars qui a été annoncé à Joliette, hier — d'ailleurs, son confrère député de Joliette en était fort heureux — pour l'agrandissement de la salle d'urgence et la rénovation de deux unités de soins prolongés.

Maintenant, il faut revenir également sur la question de l'équité, et particulièrement pour Lanaudière, et par la suite on va revenir à la Montérégie. Lanaudière a reçu en tout 46,6 millions de correction depuis notre arrivée. Pourquoi? Parce qu'entre autres il a fallu trouver 23,8 millions de fonctionnement pour le nouvel hôpital Le Gardeur, qui n'était — oups! on a oublié — pas là quand on a annoncé la construction de cet hôpital et qu'on l'a autorisée. Alors, c'est un effort considérable. Bien sûr, le montant de l'inéquité qui reste maintenant à ajuster est déterminé par la table régionale, interrégionale, et tout le monde est d'accord sur les travaux de cette table-là, incluant les représentants par contre des établissements de Lanaudière elle-même, de la région elle-même.

Maintenant, pour ce qui est de la question du 50 millions, là, c'est intéressant qu'on en parle parce que, si le député pouvait poser une question maintenant, il demanderait peut-être: Oui, mais y avait-il d'autres développements dans le réseau, cette année-là, à part ça? La réponse, c'est non, c'était le seul développement du réseau, cette année-là, et ce n'était pas assis du tout sur une base de concept: C'est quoi, la quantité d'inéquité à faire? C'est quoi, la façon dont on va le faire? Combien d'années on se donne pour le faire? Ce n'était pas associé du tout à une réflexion de ce niveau-là et ça se faisait dans le contexte, on le rappelle, où les coûts de système n'étaient pas assurés, les coûts de système spécifiques n'étaient pas assurés, le financement des nouvelles installations n'était pas assuré. Ça fait que ce n'est pas surprenant que le député n'ait vu aucune différence dans les soins donnés dans sa région parce que le plus gros a dû servir à éponger le non-pourvoi de sommes des années précédentes pour le retard à investir. Et, si on veut qu'on fasse la même chose, en Montérégie, qu'a faite le gouvernement du Parti québécois, bien il nous faudrait mettre 350 infirmières à la retraite, 1 000 autres professionnels et employés du système de santé et plus de 100 médecins. Je veux rassurer la population de la Montérégie puis les députés: ce n'est pas ça qu'on va faire; on va aller dans une direction totalement opposée.

Donc, lorsqu'on parle de déshabiller Pierre pour habiller Paul, bien c'est exactement ce qui a été fait. L'année qu'elle cite, c'est exactement la démonstration de ce qu'il ne faut pas faire, puisque le seul développement, ça a été ça. Alors, là, c'est vrai que, si tu étais considéré... puis il n'y avait pas de méthode formelle pour le faire, si tu étais considéré comme moins financé, c'est tout ce que tu avais; puis, si tu n'étais pas considéré comme moins financé, bien tu n'avais rien. C'est exactement la façon dont ça s'est fait à l'époque, et on ne procède vraiment pas de cette façon-là.

Nouveau mode d'allocation des ressources (suite)

Le nouveau mode d'allocation des ressources, il est effectivement en place. Ce n'est pas quelque chose qui est à venir, il est en place. Il y a deux composantes à ce nouveau mode d'allocation: il y a, d'une part, la correction de l'inéquité interrégionale, on vient d'en parler abondamment, et, d'autre part, une gestion basée sur les résultats. C'est-à-dire qu'on procède maintenant, au lieu d'aller par microdissection de chaque élément de budget, de demander des comptes sur chaque dollar attribué dans les agences

et les établissements, on procède par ententes de gestion formelles d'abord entre le ministère et les agences, ensuite entre les agences et leurs établissements, ententes de gestion qui sont basées sur les cibles de résultat en termes de volume d'activités et de services à la population, également en termes de performance financière, mais j'insiste encore sur le fait que les ententes sont basées sur le niveau de services.

Donc, vous voyez, ce n'est pas du tout le même univers de gestion dans lequel le réseau avait été obligé et habitué de fonctionner au cours des dernières années. Lorsqu'on dit que les travaux sont en cours pour le nouveau mode d'allocation, c'est qu'il continue continuellement à s'améliorer, et pour sa composante d'équité interrégionale et pour sa composante de gestion par résultats, et je pense qu'il y a là les assises d'un phénomène assez fondamental qui va permettre à notre réseau de santé d'être plus solide à long terme. On se préoccupe non seulement des prochains six mois ou de la prochaine année, mais des prochains 10 ans, 15 ans. Qu'on mette en place maintenant des mécanismes de gestion solides, une ambiance de gestion plus propice à avoir des résultats également pour nos gestionnaires, et on verra les résultats venir au rendez-vous, j'en suis convaincu, en temps et lieu.

Hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (suite)

Maintenant, pour ce qui est de la question, la dernière question de la liste de questions que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve m'a adressées — toutes des questions très intéressantes, d'ailleurs — la question des soins prolongés, on aura l'occasion de parler de notre philosophie dans ce secteur-là. Il faut insister sur le fait que le plan d'action n'est pas publié encore. Ce qui est en circulation, c'est un document de consultation, et, lorsqu'on publiera le vrai document, ou le vrai programme d'action, ou plan d'action, on pourra là discuter des véritables intentions du gouvernement.

Notre impression, c'est qu'effectivement il y a besoin de plus de places en soins prolongés au Québec; des travaux sont en cours justement pour déterminer la quantité de ces places-là. Elles ne sont pas aussi grandes qu'on pense, et surtout elles varient d'une région à l'autre. Par exemple, en Montérégie, il y a probablement beaucoup plus de places nécessaires dans la partie est de la Montérégie que dans la partie ouest à cause du développement historique qu'il y a eu dans ce secteur-là, et même chose pour les autres régions. Il y a peut-être même des régions qui ont un peu trop de places, compte tenu du pourcentage de personnes âgées qu'on veut voir traitées de façon différente que l'institutionnalisation. Tout ça va varier d'une région à l'autre, et ces travaux-là vont être faits.

Mais je crois qu'effectivement on arrivera à la conclusion qu'il y a besoin d'un nombre défini, là, de places supplémentaires au Québec, mais il faut être très prudent parce que, si on se trompe dans l'excès, la tendance dans le réseau, ça va être de ne rien changer. Ah, il y a plus de places qui s'en viennent, on va continuer à envoyer toutes nos personnes âgées en institution, et on n'a pas de question à se poser sur la façon dont on leur donne les services. Alors, il faut que ce plan d'action serve de signal de départ puis de véritable moteur au changement.

Parce que, quoi qu'en disent la députée puis l'opposition, s'ils étaient au gouvernement, ils auraient exactement la même attitude. Et ils ont d'ailleurs fait ça également, eux, de leur côté, lorsqu'ils ont coupé 4 000 places de soins prolongés — parce qu'ils ont coupé 4 000 places de soins prolongés — c'était basé exactement sur ce concept-là. Sauf qu'en même temps il n'y avait pas d'investissement en soins à domicile puis il n'y avait pas de solution de rechange qui était imaginée pour les personnes âgées.

Alors, il faut tout prendre ça globalement et surtout encore une fois poser les gestes qui permettent à notre réseau de la santé et des services sociaux d'être assis solidement pour les prochaines années, pour que ceux qui nous succèdent héritent d'un réseau qui est en meilleure santé financière, dont la gestion se fait dans une bonne ambiance, et qu'il y ait les bonnes priorités. Et je pense que c'est là-dessus qu'on travaille tous ensemble et qu'on va réussir, je crois, avec le soutien de la population.

Le Président (M. Copeman): Il reste à peu près une minute, Mme la députée.

Mme Harel: D'accord, alors deux choses. D'abord, l'univers de gestion dont a hérité le ministre, c'est justement, contrairement à ce qu'il vient de dire, M. le Président, c'est justement celui qui consistait à avoir mis en place la table, cette fameuse table permanente de concertation. Alors, on a tantôt salué le départ de M. Malouin, mais, là, il vient de nous dire que, lui, il fait les choses de manière structurelle, puis c'est un autre univers de gestion, etc. C'est ce dont il a hérité: la composante régionale, la composante par résultats.

● (11 h 40) ●

La différence, c'est le montant. Le gouvernement précédent, en un an, a investi 50 millions. Et, là, ce que l'on comprend, c'est que, pour reprendre l'exemple de la région de Lanaudière, ils s'étaient fait promettre 500 000 \$ par année pendant 10 ans avec un écart de réduction de 10 %; avec un écart de 5 %, ça va résulter en 250 000 \$ par année, si cela est maintenu, d'une part.

D'autre part, M. le Président, là, il est très, très difficile de suivre le ministre. En matière d'immobilisations...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, je crois qu'on va être obligés de suivre dans un autre bloc, on a déjà dépassé les 20 minutes.

Mme Harel: On reviendra sur les personnes âgées.

Le Président (M. Copeman): Exact, on va suivre tantôt, là, j'imagine. Mme la députée de Lotbinière.

Engorgement des salles d'urgence

Mme Roy: Merci, M. le Président. Je voudrais reprendre, à la page 88, la série de...

Une voix: ...

Mme Roy: Oui, le tome II. La série de statistiques qui est là, si je les remets en perspective, c'est la situation des urgences au Québec. Probablement que... Bien, en tout

cas, ce que je comprends, c'est qu'une personne est soit à l'urgence soit hospitalisée, il y a deux catégories. On voit que le nombre de visites au total a augmenté de 4,1 %; mais on comprend également de ces statistiques que plus de personnes arrivent en ambulance, pour un pourcentage de 40,5 %; et plus de personnes âgées de 75 ans, à ce niveau-là aussi ça a augmenté, 22,2 % des personnes ont plus de 75 ans; 40,5 % des personnes arrivent en ambulance. Pour chacune de ces catégories, c'est une augmentation de plus de 3 %. Ça veut dire que, dans le même nombre de bassins de visites, la lourdeur des cas se dessine. Mais de ces personnes-là qui rentrent à l'urgence on a le même pourcentage d'hospitalisations. Moi, je n'arrive pas à comprendre, à mettre ces deux données-là en corrélation. Et puis on voit aussi que, vous dites, vous avez le même pourcentage d'hospitalisations, puis les personnes hospitalisées, ça passe de 114 % à 111 %. Donc, la lourdeur des cas s'accroît, on prend... du même nombre de visites, on hospitalise, et puis ça passe de 114 % à 111 %.

Il y a une piste qui me vient à l'esprit, puis je voudrais qu'on vérifie que ce n'est pas le cas. On me disait que les hôpitaux, dans le but d'avoir des statistiques intéressantes, avaient fait une troisième catégorie qui s'appelait une unité de désengorgement. C'est une... Il y a l'enfer, qui est l'urgence...

Une voix: De débordement.

Mme Roy: ... — débordement, O.K. — et puis il y a le paradis, qui est l'hospitalisation, puis entre les deux il y aurait les limbes. Mais finalement ça sert juste à rassurer au niveau des statistiques et puis à nous faire faussement prendre des résultats qui sont bons pour des résultats qui sont plutôt médiocres.

M. Couillard: Alors, M. le Président, les unités de débordement, c'est une invention du gouvernement précédent qu'il faut bien garder en attendant que les choses continuent à s'améliorer de façon structurelle. Ça existait déjà, les unités de débordement, partout, et le but, c'est qu'on n'en ait plus besoin.

Mais, lorsqu'on veut corriger le problème des urgences, si on ne fait que corriger l'hôpital, on ne corrigera rien. Et c'est ce qui a été fait également au cours des années précédentes. Si on envoie de l'argent dans les hôpitaux — dans un accès d'hospitalocentrisme débridé, M. le Président, qu'on a connu entre 2000 et 2003 particulièrement — si on envoie l'argent dans les hôpitaux pour corriger le problème des urgences, il n'y aura pas de résultats. Il faut investir en amont et en aval. En amont, plus de soins à domicile. Par exemple, à Montréal, 25 millions pour les urgences, pas un sou dans les hôpitaux, tout en soins intensifs, en communauté, à domicile, puis en soins intensifs de santé mentale, ça s'est fait dans toutes les régions.

Et ce que la députée souligne est très vrai. Malgré l'alourdissement de la clientèle, malgré l'augmentation du nombre de personnes très âgées qui sont venues à l'urgence, on a réussi malgré tout à améliorer les indicateurs de séjour, notamment de séjour prolongé. Pourquoi? Parce que les gens sont mieux pris en charge en amont et en aval, on a diminué le nombre de patients en attente d'hébergement dans les lits aigus. Parce qu'il y a deux types

de patients en hébergement dans les hôpitaux: il y a ceux qui sont dans les lits de soins prolongés d'hôpital et ceux qui occupent les lits de soins aigus, en attente d'hébergement. C'est deux populations différentes, et ce nombre-là a diminué.

L'autre jour, j'étais — c'est un bon exemple, ça, d'ailleurs — au Centre hospitalier affilié de Québec pour annoncer l'agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus, où je crois qu'on va passer le nombre de civières d'une trentaine à 42, si ma mémoire est exacte, ou quelque chose de ce voisinage-là. Et la question des journalistes, c'était: Oui, mais ce n'est pas suffisant, ça prendrait 50, 60, 70 civières pour en avoir assez. Et la réponse du directeur de l'hôpital était excellente, il a dit: Voyez-vous, ce qu'on a fait, cette année, on a tellement amélioré et accéléré le mouvement des patients en dehors de l'hôpital qu'on a récupéré 25 lits, 25 lits aigus qu'on peut maintenant donner aux patients qui sont en attente d'hospitalisation à l'urgence.

Alors, si on ne fait pas tout ça en même temps, si on n'intervient pas en amont, au niveau des soins à domicile, de première ligne — les cliniques-réseau, dont on parlera probablement, pour Montréal, sont un excellent exemple de ce genre d'action là — et en aval, avec la question de l'attente d'hébergement ou de soins à domicile, on peut mettre 80 civières à L'Enfant-Jésus, ça ne s'améliorera pas, on peut mettre 120 civières à L'Enfant-Jésus, ça ne s'améliorera pas. Alors, il faut vraiment que ce soit un mouvement concerté.

Et le fait que justement, malgré ces augmentations de lourdeur et de nombre de patients, on ait réussi à améliorer les indicateurs... Pas partout. Les histoires de succès varient d'un hôpital à l'autre. Un hôpital, moi, qui m'impressionne énormément, c'est l'hôpital du comté de Mme la députée, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Ce qu'on voit à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont actuellement, jamais personne n'aurait cru ça possible il y a trois ans, quatre ans. On a des taux de séjour qui ont diminué, on n'a presque plus de patients à 48 heures. Pourquoi? Bien sûr, parce qu'il y a des efforts d'amont et d'aval qui ont été faits, mais également, fondamentalement, parce que la communauté médicale de l'hôpital a décidé de faire de l'urgence une priorité. Et ça, la leçon qu'on retire de ça, c'est que, quels que soient les investissements que l'État apporte pour régler ou améliorer ce problème d'encombrement des urgences, si la communauté hospitalière — et en partant de la communauté médicale — ne décide pas que c'est une priorité, il n'y a pas grand-chose qui change.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Maskinongé. C'est bien ça, oui. Allez-y.

Mme Gaudet: Merci, M. le Président. Tout d'abord, M. le Président, permettez-moi de saluer les efforts faits par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'esprit de faire des changements fondamentaux qui se reflètent dans le présent budget. Je le félicite également, M. le Président, pour les gestes courageux qu'il réalise dans le but de donner de meilleurs services à la population du Québec.

Si vous me le permettez, M. le Président, j'aimerais faire un parallèle entre les façons de faire de l'ancien gouvernement et du gouvernement actuel, et, vous allez

voir, ça va être de toute évidence des changements extrêmement révélateurs et extrêmement évidents de façons de faire extrêmement différentes du gouvernement actuel.

Alors, sous l'ancien gouvernement, dans la moitié des années quatre-vingt-dix, la hausse des budgets qui étaient réservés au soutien à domicile n'a pas suivi le rythme de l'inflation. Alors, je trouve que c'est important de le mentionner. Également, nos prédécesseurs n'ont pas prévu, dans leur gestion, un niveau d'indexation suffisant pour l'indexation des coûts de système. Je pense qu'il faut rappeler ces données-là. Au même titre que nos prédécesseurs annonçaient de nouvelles constructions, des agrandissements d'installation, on procédait à l'achat d'équipements spécialisés mais sans fournir aux établissements les budgets de fonctionnement afférents aux nouveaux services qu'on leur demandait de fournir. Je pense, M. le Président, que c'est extrêmement important de mentionner ces quelques façons de faire.

Soutien à domicile et projets novateurs pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Et, en parallèle, j'aimerais revenir sur les services de maintien à domicile. Vous savez, on fait face à un accroissement important du nombre de personnes âgées en lourde perte d'autonomie. Et, concernant le service de maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, M. le ministre mentionnait, dans son allocation, que l'an dernier 27 400 personnes âgées ont reçu des services de plus qu'en 2002-2003, si j'ai bien compris. Vous avez favorisé de nouveaux modes d'hébergement dans la communauté — et, là, vous rectifierez si j'ai bien compris — vous avez donc favorisé des nouveaux modes d'hébergement dans la communauté en vertu de l'initiative Pour un nouveau partenariat au service des aînés.

Ce n'est un secret pour personne, M. le Président, que les personnes âgées souhaitent le plus longtemps possible demeurer chez elles, dans leur domicile, près de leurs proches. Et, en mai 2003, la ministre déléguée d'alors annonçait 4 millions pour le développement de nouveaux types de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel. Alors, j'aimerais savoir, de la part du ministre... Où en êtes-vous avec ces projets et quels ont été les budgets alloués?

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

● (11 h 50) ●

M. Couillard: Alors, M. le Président, merci. C'est évidemment le moment de faire le point sur le progrès de ce que nous avons appelé projets novateurs. On en a discuté lors de la commission des crédits, l'année dernière; je me souviens très bien avoir eu des échanges avec ma consœur d'Hochelaga-Maisonneuve sur la question.

D'abord, il faut rappeler que ce développement de services s'inscrit dans la philosophie d'offrir une gamme de solutions à nos aînés en perte d'autonomie, qui ne se résume pas au domicile, où les services sont insuffisants, et à l'institution. Il faut d'abord augmenter les niveaux de services à domicile et permettre une gamme d'options qui leur permettent de choisir ce qui est plus compatible avec leurs besoins et leurs désirs, et également de retarder

l'institutionnalisation, institutionnalisation qui, même avec le dévouement important et remarquable des gens qui travaillent dans les établissements de soins prolongés, conduit à une perte rapide d'autonomie, là, si la personne qui est institutionnalisée n'est pas arrivée là au moment de la perte importante d'autonomie.

Et il faut rappeler d'ailleurs, à ce sujet, qu'on appelle ça des projets novateurs, mais ce n'est pas nouveau. Il y a plein d'autres pays qui ont fait ça déjà, avant nous, et le meilleur exemple de ça, c'est le Danemark. C'est assez stupéfiant de savoir qu'au Danemark la loi ne permet pas l'institutionnalisation des personnes âgées. À ce que je sache, le Danemark n'est pas un pays socialement rétrograde ni un pays auquel on accorde la cote de néolibéralisme, en général. Alors, là-bas, les personnes âgées ne sont pas institutionnalisées parce que, depuis longtemps — en fait, ça date d'au moins 10, 15 ans — on s'est fait la réflexion qu'il fallait trouver d'autres façons de subvenir à leurs besoins, et notamment toute la question des résidences adaptées aux personnes âgées.

Alors, on aura toujours besoin, chez nous, d'hébergement institutionnel parce qu'on a fait ce choix initial et que c'est très difficile d'aller dans la direction et au niveau de ce que le Danemark a fait, mais je pense qu'il est important de réduire le recours à l'institutionnalisation puis d'offrir aux personnes âgées plusieurs options.

Alors, ce qu'on a donc commencé et qui va se terminer sur trois phases — on en est à la deuxième phase, actuellement — c'est le développement d'unités qui permettent à la personne de rester dans son milieu de vie et surtout de conserver le couple. Souvent, c'est une tragédie, hein, la personne qui est en couple, à la maison, et qui doit être placée en institution se trouve à être séparée de son conjoint ou de sa conjointe. Ces formules-là permettent aux couples de demeurer unis et reposent fondamentalement sur un partenariat entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour les soins et les services sociaux, et un partenaire du secteur... en général, c'est le secteur communautaire. Dans la très grande majorité des cas, les partenaires qui se sont manifestés sont des partenaires communautaires, des OSBL, organismes sans but lucratif, ou des coopératives d'habitation, ou même des municipalités. Et ces partenaires-là sont responsables d'acquiescer, d'entretenir et de gérer les services connexes, les bâtiments, l'alimentation, la buanderie.

Le financement donc du ministère de la Santé et des Services sociaux est fait sous la forme d'une subvention spécifique aux centres de santé et de services sociaux du territoire où se situe l'installation de façon à garantir le maintien et la croissance des services pour la perte d'autonomie, à mesure que les besoins augmentent, à partir de l'installation de CLSC en général du centre de santé et de services sociaux.

Alors, il y a trois phases qui sont actuellement... deux phases en cours et une troisième phase à venir. Dans la première phase, on a eu 87 projets déposés — c'est montrer l'intérêt, hein, l'intérêt qu'il y a eu partout, au Québec, pour cette question-là; 12 ont été retenus. Et c'est un investissement de plus de 4 millions de dollars qui a été fait, en juillet 2004, un investissement récurrent parce que bien sûr il s'agit de garantir les services. À la phase II, 20 projets ont été déposés, 10 ont été retenus; c'est un peu plus de 3 millions de dollars. Et finalement la phase III comprendra environ neuf nouveaux projets

pour 4,3 millions de dollars. Donc, c'est un investissement total de 12 millions de dollars pour 32 projets touchant près de 500 usagers. Alors, c'est quelque chose dans lequel il faut commencer à s'engager.

Évidemment, c'est un premier pas, hein? Je pense qu'au cours des prochaines années les gouvernements successifs vont agrandir l'accès à cette formule-là parce qu'elle est accueillie très favorablement dans toutes les régions. Et il faut voir l'intérêt que les personnes âgées, elles-mêmes, ont à vivre dans ce genre de ressources là, par rapport à ce qu'on leur offre actuellement en institution, non pas que la qualité des services en institution ne soient pas là le fait de personnes très dévouées, encore une fois, et excessivement, là, dédiées à leurs tâches, mais ce n'est pas dans l'intérêt des personnes âgées, ce n'est pas dans l'intérêt des personnes âgées d'être institutionnalisées, à moins d'être arrivées à un niveau de perte d'autonomie qui soit tellement sévère qu'il n'y ait pas d'autre option possible. Et il faut résolument tourner le dos, au Québec, à cette pratique historique, et ça aussi, ça demande un peu de courage et de détermination parce que changer des habitudes, dans une société, ce n'est jamais facile.

Je me souviens, j'étais dans un groupe d'histoire — parce que c'est un de mes hobbies, l'histoire, là, comme on le sait — et mon tuteur, là, disait: Si on veut comprendre l'évolution des sociétés, il y a un phénomène dont il ne faut jamais perdre trace, c'est que le monde en général trouve que les choses sont correctes comme elles sont là. Pourquoi qu'il faudrait changer? On est bien de même. Hein? Alors, l'effort d'abord de faire reconnaître qu'il y a des choses à améliorer, l'effort par la suite de faire accepter la nécessité des changements et le début des changements, c'est un effort qui est considérable mais qui vaut la peine d'être fait. Et, une fois que les premiers tours de roue sont faits, en général la chose continue sur son erre d'aller, comme on dit chez nous.

Mais cette option-là, les projets novateurs, ça s'ajoute à la gamme d'options qu'on va offrir aux personnes âgées à partir du soutien ou du maintien à domicile jusqu'au placement institutionnel, avec, entre les deux, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial et ce genre de projet là. Et, moi, c'est avec beaucoup d'intérêt puis d'enthousiasme qu'on veut continuer cette formule-là. On va voir... Et bien sûr on en fera un bilan. Il ne faut pas non plus s'y lancer aveuglément. Il faut, à un moment donné, s'asseoir et regarder ce qui s'est produit dans les régions, la façon dont ça a été vécu pour les personnes. Mais d'autres pays ont réussi ça, d'autres pays ont réussi ce virage-là, je ne vois pas pourquoi, nous, les Québécois, on ne serait pas capables de le faire. Et il faut commencer maintenant à le faire. On aurait dû commencer en fait il y a huit ou 10 ans ce virage-là. Malheureusement, on ne l'a pas fait, et maintenant il faut le faire.

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

Mme Gaudet: M. le Président, le ministre, dans son souci de rigueur et de saine gestion, nous a souvent parlé de suivi et d'analyse de projet. Alors, j'aimerais savoir, dans le projet actuel, dans les projets innovateurs dont vous venez de nous parler, j'aimerais savoir quels sont les suivis et les analyses des projets que vous

comptez faire et quelles seront peut-être les perspectives d'avenir ou de développement desdits projets.

M. Couillard: Alors, M. le Président, il est essentiel effectivement de faire un suivi, une évaluation de ces formules-là parce que, même si ce n'est pas nouveau à l'échelle internationale, pour le Québec c'est relativement nouveau. Alors, on a mis donc un comité de suivi et d'évaluation sur lequel siègent des membres du comité de sélection du ministère, ceux qui ont eux-mêmes sélectionné les projets qui ont été retenus, des représentants des agences, la Société d'habitation du Québec, la Régie du bâtiment du Québec et les usagers. Donc, voilà notre groupe, là, qui fait le suivi et l'évaluation.

Le mandat, c'est de cibler les éléments clés à évaluer, ceux qui font plutôt l'objet d'un monitoring — différents degrés de suivi — suivre les travaux de recherche qui sont publiés internationalement sur la question, produire une grille qui permette de recueillir les données, puis émettre des recommandations pour le développement futur d'autres alternatives éventuellement, soit l'ajustement de cette formule-là soit d'autres formules alternatives à l'hébergement institutionnel.

Alors, le comité s'est réuni pour la première fois le 14 mars 2005 et a retenu également une équipe de chercheurs, retenue suite à un processus d'appel de propositions, qui effectuera une comparaison de certains aspects de l'offre de services en CHSLD et celle qu'on retrouve dans ces milieux-là par rapport à la clientèle desservie, les caractéristiques du milieu de vie, l'organisation des services, les rôles et responsabilités des partenaires, la qualité des services et des installations ainsi que les modalités de financement. Et c'est très intéressant de faire ces comparaisons-là. Puis ce n'est pas une comparaison critique d'un milieu par rapport à l'autre.

Je prends, par exemple, dans un domaine connexe, parce que c'est un projet qu'on a accueilli favorablement, une maison dont je parle souvent, la Maison Carpe Diem, en Mauricie, qui a soumis un projet qui a été accepté. Il y a eu des études qui ont comparé les services, pour les personnes avec des troubles cognitifs, qui sont en institution et ceux qui sont dans la formule Carpe Diem, et on n'a pas trouvé aucun désavantage à la formule Carpe Diem, au contraire, pour une même lourdeur de clientèle. Alors, ce genre de suivi systématique, ce genre de travail de recherche fait sur appel de propositions, c'est essentiel pour qu'on puisse, dans le futur, dans l'avenir, soit modifier la formule, soit aller vers un autre type de ressource.

Mais encore une fois je le répète, et c'est très important, c'est un virage que le Québec ne peut pas se permettre de manquer. Si on ne prend pas ce virage-là maintenant, même si on a l'impression du confort parce qu'on ne change rien, c'est un gigantesque cul-de-sac qui attend la société québécoise au cours des prochaines années.

Mme Gaudet: Peut-être juste un complément de réflexion, si vous permettez, M. le Président. J'aimerais peut-être vous exposer un peu ma situation personnelle. Je suis très, très fière de ces projets innovateurs. Vous savez, ma mère a souffert de la maladie d'Alzheimer, et, mon frère et moi, on a tout fait pour qu'elle vive ses derniers moments à domicile. Alors, elle est restée à domicile jusqu'à la toute fin. Et pour nous, là, ça a été, ça a été vraiment... Bien, je dirais, c'était l'objectif qu'on s'était

donné. Et, pour les personnes âgées, de demeurer le plus longtemps à domicile, je vous assure, M. le ministre, j'en fais un témoignage personnel, c'est extrêmement important. Et, si on peut développer encore davantage de pistes dans ce sens-là, bien je salue les initiatives que vous faites à cet égard.

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

● (12 heures) ●

M. Bernard: Merci, M. le Président. Bonjour, M. le ministre, et tous les gens qui vous accompagnent. Je voudrais commencer en disant, M. le Président, que je suis fier du travail que notre gouvernement a accompli au cours des deux premières années de son mandat tellement le travail... Puis je le dis à titre personnel, mais constamment, en région, j'ai des témoignages de l'appréciation des gens par rapport au ministre. Et l'appui vient, je vous dirais, de tous les gens du réseau, et ce, des questionnaires, toutes allégeances, je vous dirais, politiques confondues. Les gens ne se gênent pas. J'ai des directeurs de réseau de santé qui témoignent que le travail fait par le ministre est excellent. La raison pourquoi? Parce qu'il a un plan de match qui était annoncé, on l'applique d'une manière vigoureuse, et les gens reconnaissent, entre autres, que c'est prévisible. Ils savent dans quelle direction le ministre s'en va. Et, pour les gestionnaires du réseau, je peux vous assurer que le travail du ministre est très apprécié. Et aussi un autre témoignage qui est quand même très pertinent, l'année dernière, nous avons eu M. Michel Clair, un ancien ministre du précédent gouvernement, qui a fait un rapport, la commission Clair, et qui est venu témoigner également du travail accompli par le ministre.

Et un des sujets qui est important à souligner, pour les gens qui nous écoutent, M. le Président, on n'en parle pas assez, mais on parle de l'organisation du travail. Puis l'organisation du travail... On a mis en place deux projets de loi: le projet de loi n° 25 puis le projet de loi n° 30. Et, quand on parle d'organisation du travail, ça, ça veut dire, c'est amener de l'efficacité et de l'efficience au réseau de la santé, c'est-à-dire avec un même montant d'argent, O.K., puis les gens vont faire un meilleur travail par la souplesse, et tout. Et ça, on a tendance à l'oublier. Il n'est pas comptabilisé. Mais, si on augmente l'organisation du travail puis une efficacité de 5 %, mais c'est 5 % d'argent qui n'a pas besoin d'être mis dans le réseau, puis on obtient des objectifs supérieurs.

Et, quand on parle de 5 % dans le réseau de la santé, quand on sait que ce sont des milliards, bien on pourrait comptabiliser facilement cette efficacité-là et cette efficience-là que les projets de loi vont amener. Et on l'évacue du débat, puis c'est important de le rappeler à la population qui nous écoute. Puis le deuxième impact de ça, efficacité et efficience, ça va avoir un impact sur la qualité du travail. Et cette demande-là était dans le rapport de la commission Clair, et le précédent gouvernement ne l'avait pas mise en place. Alors, je dis aux gens: Efficacité et efficience vont avoir des bénéfices pour l'organisation du travail.

Réseaux universitaires intégrés de santé

Et l'autre secteur, l'autre point qui est important — puis c'est la question que j'amène au ministre — c'est

également l'organisation du réseau. Alors, j'aimerais un peu ramener au niveau des RUIS, ça a été un sujet de discussion majeur dans ma région. Et, entre autres, les RUIS avaient comme objectif d'améliorer l'accès aux services spécialisés en région. Lorsqu'on parle de médecins, bien les services spécialisés, c'est important, et j'aimerais beaucoup que le ministre entretienne... quelles sont les choses actuellement, les impacts des RUIS, leur mise en place et vers où nous nous en allons.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, en vous soulignant qu'il reste un peu moins de quatre minutes à ce bloc. M. le ministre.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Effectivement, dans les changements structurels qui ont été apportés au réseau de santé, la naissance des réseaux universitaires intégrés de santé, également appelés RUIS, ça a été uniformément et positivement salué. Le meilleur exemple de ça, c'est qu'à la commission parlementaire pour le projet de loi n° 83, en consultation, les groupes venaient tous nous demander d'être assis à la table des RUIS, alors il y a là lieu de soupçonner que la formule est utile.

On a déjà utilisé donc les RUIS pour leur vocation de soutien clinique, et ils ont une double vocation: soutenir l'enseignement, la recherche, mais également soutenir les régions de desserte pour les services cliniques. Par exemple, pour l'établissement de corridors de services en radio-oncologie, maintenant on se base beaucoup sur cette desserte des RUIS pour s'assurer que les patients sont pris en charge. Exemple, les radio-oncologues de McGill vont aider les gens de l'Outaouais. Il y a des patients de la région est de la Montérégie qui sont maintenant dirigés préférentiellement vers Sherbrooke plutôt que vers Montréal pour diminuer la pression sur les centres de radio-oncologie à Montréal. D'ailleurs, il y aura bientôt un nouveau centre de radio-oncologie en Montérégie. On l'attend de façon presque imminente.

Les ruptures de service en radiologie, également l'Université Laval, son RUIS nous a beaucoup aidés pour les ruptures de service en radiologie, particulièrement dans le Bas-Saint-Laurent. L'Université de Montréal bien sûr vient aider Trois-Rivières avec un geste structurant majeur qui est la mise sur pied d'une antenne de la Faculté de médecine.

Et bien sûr tout ceci est en lien avec la création de sites de formation médicale en région, soit de cohortes complètes d'étudiants, comme c'est le cas à Trois-Rivières et comme on espère voir également naître la formule à Sagamie avec l'Université de Sherbrooke, soit avec des unités de médecine familiale qui sont établies un peu partout au Québec, en lien avec une des quatre facultés de médecine. Et c'est une façon très structurante également de s'adresser au problème de la pénurie d'effectifs en région, puisqu'un étudiant ou une étudiante — c'est plus souvent des étudiantes maintenant, les étudiants en médecine — qui ont un contact concret avec la pratique médicale et la vie en région au cours de leur formation ont beaucoup plus de chances de développer un attachement, le désir de retourner travailler dans les régions. On a d'ailleurs déjà observé ce résultat.

Alors, il y a là le début, le début de l'effet positif des RUIS sur les services de santé au Québec, mais ce

n'est que le début. Je pense qu'avec la maturité de cette organisation-là, ça va apporter des changements de plus en plus positifs pour notre population.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (suite)

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, M. le Président, je souhaiterais pouvoir poursuivre sur la question de l'hébergement, entre autres, et des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Alors, je crois, M. le Président, qu'il est tout à fait approprié d'élargir la gamme de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, et de leur offrir une variété de solutions et de l'offrir à leur entourage également, mais tout cela doit se faire sans que cela se fasse à rabais et que cela offre des services à deux vitesses, et c'est là finalement le véritable enjeu. Je pense que l'ensemble de l'opinion publique québécoise anticipe le vieillissement accru et conçoit très bien qu'il faille diversifier l'offre de services aux aînés en perte d'autonomie, mais craint que ça se fasse à rabais, craint que cette offre de services se fasse à deux vitesses.

Et j'en veux comme témoin l'exemple que donne le ministre des pays nordiques, notamment du Danemark. Nous avons eu l'occasion, je crois, par la voie d'accès à l'information, de faire venir l'étude... Non, nous l'avons fait réaliser par la Bibliothèque de l'Assemblée nationale, cette étude portant sur les aînés en perte d'autonomie au Danemark. Alors, je crois même, M. le Président, que nous l'avons déposée ici, au secrétariat de la commission, pour le bénéfice de tous les membres. Et ce que nous avons découvert, entre autres choses, c'est que les petits groupes d'appartements supervisés qui sont offerts aux aînés en perte d'autonomie le sont avec des loyers subventionnés. Alors, il s'agit de loyers très subventionnés qui comprennent tous les coûts, pas simplement du logement, mais qui comprennent également tous les services d'entretien ménager, de surveillance, de conciergerie, de repas, de services d'hygiène. En fait, c'est l'ensemble des services extrêmement subventionnés pour rendre abordable.

Vous savez, 65 % des plus de 65 ans ont un revenu inférieur à 15 000 \$. Alors, M. le Président, c'est ça, la réalité pour au moins encore plusieurs années. On a beau dire que la génération du baby-boom, elle n'atteindra pas 80 ans avant 20 ans et plus, alors d'ici ces 20 années il faut comprendre qu'il y a une bonne partie des aînés, au Québec, qui ont encore des revenus inférieurs à 15 000 \$ et moins. Alors, il n'y a rien, je n'ai rien vu, dans ce document de consultation préparé par le ministère, intitulé *Les services aux aînés en perte d'autonomie*, qui s'attaque sérieusement à cette réalité de pauvreté chez les aînés, compte tenu d'une offre de services qui glisse vers la privatisation.

J'accueille, moi, avec beaucoup de satisfaction l'annonce faite par le ministre, aujourd'hui, que dorénavant toutes les résidences pour aînés devront détenir un permis. Vous savez, M. le Président, combien nous avons insisté souvent sur cette question. Il ne pouvait pas y avoir un système à deux vitesses en matière de critères

sociosanitaires. On parle d'aînés en perte d'autonomie qui ont besoin d'un domicile substitut. Alors, je pense que c'est extrêmement important que cette certification soit obligatoire, la question étant de savoir maintenant quels sont les critères sociosanitaires qui seront publiés dans la *Gazette* et qui dorénavant s'appliqueront.

● (12 h 10) ●

Là où il y a une difficulté à réconcilier les déclarations du ministre, c'est concernant l'augmentation du nombre de places en CHSLD. Je lis le... Je crois que c'était *Le Soleil*. Non, c'était toujours *La Presse* du 4 mai, où le ministre confirme que le nombre de places en CHSLD demeurera le même, malgré la hausse importante du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. 4 mai. Donc, gel des places en CHSLD. Là, on retrouve... Le 17 mai, 11 jours plus tard, alors le ministre dit qu'il s'agit d'un document préliminaire. «C'est quelque chose qu'il faut corriger dans le document, il faut augmenter le nombre de places en CHSLD.» Alors, on voudrait que le ministre se réconcilie avec lui-même. Faut-il les geler ou faut-il les augmenter? Première question.

Ensuite, M. le Président, dans les documents qui nous sont remis, on constate qu'il y a actuellement 5 429 personnes qui sont sur la liste d'attente pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Alors, ça, c'est à la page 120, donc en date d'aujourd'hui, et ça, c'est sans anticiper l'augmentation des places dont on a vu, dans le document de consultation, qu'on en aura besoin de 6 000 de plus, compte tenu du vieillissement de la population, si rien n'est fait d'ici là. Donc, au jour d'aujourd'hui, il y en a 5 429 sur des listes d'attente pour les centres d'hébergement de longue durée.

Là, par la suite, M. le Président, nous avons le nombre de patients en hébergement de longue durée dans les hôpitaux de soins de courte durée. Alors, dans le tome I, on a fait le total par région, il y a 2 578 personnes âgées, certainement en perte d'autonomie, qui sont en attente d'hébergement de longue durée dans des hôpitaux de soins de courte durée. Un simple calcul facile, là, 365 jours, une pleine année, à 2 578 personnes dans un hôpital de soins de courte durée, c'est en moyenne 800 \$ par jour, alors que la résidence en longue durée est de 217 \$. En fait, 817 \$, nous a-t-on donné comme information, dans un hôpital de courte durée, en comparaison de 217 \$ pour la longue durée. C'est 600 \$ de plus par jour pour 2 578 personnes; sur une pleine année, c'est un demi-milliard de dollars.

Et par ailleurs il y a aussi les usagers en attente d'hébergement, d'une place en CHSLD, qui occupent un lit de courte durée dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Ça, c'est le tome II, puis là il y a d'autres informations qui sont différentes. C'est difficile de réconcilier les deux. Vous voyez, dans le tome I, par exemple, on prend juste une région, Lanaudière, on nous dit qu'il y a 629 personnes en hébergement de longue durée dans les hôpitaux de soins de courte durée, et, dans le tome II, Lanaudière, on nous dit qu'il y a 20 personnes en attente d'hébergement, d'une place en CHSLD, qui occupent un lit de courte durée dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Donc, ça, là, il y a comme une deuxième réconciliation à faire, la première étant le ministre à l'égard de ses déclarations, la deuxième étant celle qui concerne les informations qu'on nous transmet.

Et je termine, M. le Président, en vous disant que le problème présentement, c'est que ça se présente de telle manière... Par exemple, ce que l'Agence régionale de Montréal a déposé à la conférence régionale des élus, en demandant que dorénavant les CHSLD privés conventionnés puissent ouvrir des ressources intermédiaires. Je rappelle que cette variété de solutions pour les aînés en perte d'autonomie, cette gamme de services qu'on appelle de tous nos vœux, si on ne veut pas qu'elle soit discréditée en partant, il faut qu'il y ait des critères qui s'appliquent, notamment qu'on n'interdise pas la syndicalisation des employés. Dès que, M. le Président, on avance des ressources intermédiaires où, par l'effet de la loi n° 7, le personnel s'est vu interdire la syndicalisation, on peut bien s'attendre à une levée de boucliers.

Le ministre confond droit d'association puis droit de syndicalisation, le droit de s'organiser et d'accréditation. Alors, c'est ce droit-là qu'on a, n'est-ce pas, retiré aux employés de ressources intermédiaires ou de ressources de type familial. Mais la question au-delà, c'est qu'on ne voit rien apparaître. C'est comme un mirage, là, tout est virtuel, parce qu'on ne voit rien apparaître qui permettrait à des personnes dont les revenus sont inférieurs à 15 000 \$, qui sont en fait les deux tiers des personnes âgées susceptibles d'être en perte d'autonomie, on ne voit rien apparaître qui leur permettrait d'occuper un logement supervisé, avec tous les services qu'on retrouve au Danemark, sans qu'il y ait une très forte subvention, une très forte subvention.

Et la question qui est posée également, à la lecture du même document du ministre, dans son plan d'action à venir, c'est: Quels sont les travaux en cours sur la contribution des personnes hébergées? Il est manifeste, à la lecture du document, que le ministère est à préparer une grille de contributions beaucoup plus importantes que celles que l'on connaît présentement.

Quand, par exemple, on retrouve des phrases comme: «L'objectif est de s'assurer que le milieu de vie soit neutre quant aux conditions financières...» Ça coûte près de 58 000 \$ dans un CHSLD public ou privé conventionné. Et on sait que, dans les ressources intermédiaires, c'est 20 000 \$ par année pour que ce soit neutre quant aux conditions financières. Encore un peu plus loin, on retrouve, dans le document, qu'il entend harmoniser les modalités de contribution financière quels que soient les milieux de vie ou les milieux de soins. Qu'est-ce que ça signifie comme hausse appréhendée dans les établissements d'hébergement de longue durée?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, je vais faire un effort pour répondre à toutes les questions. De toute façon, on pourra... s'il y en a qui sont... D'ici à ce temps-là, je suis certain qu'on continuera pour les périodes suivantes.

D'abord, les déclarations de journaux auxquelles on fait allusion, il est très important, dans la première... c'est qu'il n'y a pas de guillemets, hein? Puis le journaliste, je pense, a reconnu un peu que ce n'est pas effectivement ce qui avait été mentionné. Il n'a jamais été question de gel de places de CHSLD de ma part.

Deuxièmement, les questions des attentes en hébergement, c'est un point important que soulève la députée, qu'il faut éclaircir. D'abord, les gens qui sont en attente

d'hébergement ont des services. Ce n'est pas des gens qui sont sans service. Ils ont des services possiblement pas comme elle dit à l'endroit optimal, mais ils ont des services.

Pour la réconciliation des listes en hôpital de soins aigus, la réponse à ça est simple. C'est qu'hier j'étais à l'Hôpital de Joliette, au CHRDL. Il y a des départements de soins prolongés. Il y a des hôpitaux de soins aigus qui ont des permis de lits de soins prolongés et, dans ces lits-là, il y a des gens en hébergement qui voudraient peut-être aller ailleurs. Mais, dans tout le Québec, dans tout le Québec, le nombre de patients qui sont dans les lits de courte durée et qui sont en attente d'hébergement ne dépasse pas 500. Alors, ce n'est pas 2 000 et quelques. Les autres, c'est les patients qui sont dans des lits de soins de longue durée des établissements de santé. Et je dois vous dire qu'on suit cette situation de très près parce qu'il est clair que, comme ça a été mentionné avec justesse, ça a un impact considérable sur la situation à la salle d'urgence. J'ai donné l'exemple du Centre hospitalier affilié de Québec tantôt qui a récupéré des lits en étant plus efficace dans ce domaine-là et également des lits pour les chirurgies avec hospitalisation.

Je vais parler maintenant de la question... On a fait allusion à la loi n° 7 une couple de fois, dans la commission, jusqu'à maintenant. Je rappelle quand même pour mémoire que la loi n° 7 est la reproduction quasi fidèle d'un projet de loi déposé par le gouvernement précédent. Alors, dans le discours, on donne l'impression qu'il s'agit d'une innovation législative du gouvernement actuel, alors qu'il s'est agi d'adopter un projet de loi qui avait été déposé par le gouvernement précédent. Et, sans faire état de documents confidentiels du Conseil exécutif, il est clair que jamais, pendant le gouvernement précédent, on n'a reconnu le lien d'emploi entre les gens qui sont dans les ressources intermédiaires et le réseau de la santé. Ce n'est pas une innovation du gouvernement actuel, c'est une tendance lourde et constante de tous les gouvernements du Québec, incluant celui du Parti québécois pendant neuf ans, la preuve en étant qu'il y a un projet de loi qui a été déposé exactement dans ce sens-là, pour confirmer que l'intention du législateur n'était pas de reconnaître le lien d'emploi entre le réseau de la santé et ces ressources-là.

Donc, il faudrait, je crois, rendre justice à l'histoire puis dire qu'effectivement ce n'est pas une idée qui jaillit du cerveau du gouvernement actuel. C'est une bonne idée du gouvernement précédent, qui visait à clarifier l'intention du législateur et qu'on a voulu concrétiser en adoptant le projet de loi. Maintenant, est-ce que la députée elle-même à l'occasion était d'accord avec ce projet de loi ou pas? On ne le sait pas, là. Les délibérations du Conseil des ministres puis les discussions qui ont eu lieu, moi, je ne peux pas entrer là-dedans. Puis on sait que parfois c'est compliqué. Puis peut-être que ses relations avec ses collègues également n'étaient pas très bonnes puis qu'elle n'a pas pu réussir à faire gagner son point de vue si elle s'opposait à ce projet de loi.

Mme Harel: J'étais présidente de l'Assemblée nationale, alors...

M. Couillard: Mais...

Mme Harel: ...je n'étais pas au Conseil des ministres, là.

M. Couillard: Mais ça puis d'autres projets de loi.

Mme Harel: Non, non. Mais là c'est parce qu'on présume. Vous savez bien qu'on ne peut pas présumer des intentions, là.

M. Couillard: Bien, tantôt on a présumé que je me chicanais avec le premier ministre, M. le Président. C'est de bonne guerre.

Mme Harel: ...rappeler au ministre que je n'étais pas au Conseil des ministres.

M. Couillard: ...présidente de l'Assemblée. D'ailleurs, on la félicite pour les années où elle a accompli cette tâche avec brio.

Mme Harel: Merci.

M. Couillard: Pour ce qui est de la loi n° 7, je vais rappeler également les principes fondamentaux, qui sont les principes du projet de loi qui avait été déposé également par sa formation politique.

C'est que, comme elle l'a dit, elle l'a bien dit, la liberté d'association est reconnue. D'ailleurs, les associations qui ont été formées sont en pourparlers et ces pourparlers progressent bien actuellement. Deuxièmement, il n'est pas non plus exact de dire que la loi n° 7 empêche la syndicalisation parce que, dans le cas où la ressource intermédiaire est une personne morale avec des employés, il n'y a rien qui empêche en théorie et en pratique ces employés de se syndiquer à l'intérieur de la ressource intermédiaire. Alors, il faut, je pense, remettre les choses dans leur contexte et ne pas donner l'impression qu'il s'agit d'une modification révolutionnaire apportée par le gouvernement actuel, parce que ce n'est pas le cas.

● (12 h 20) ●

Maintenant, pour ce qui est de la question très importante de la contribution des personnes à l'hébergement, on sait que les personnes contribuent actuellement à l'hébergement. Les personnes en CHSLD, même des jeunes, hein, en milieu d'hébergement contribuent à l'hébergement, et c'est le cas depuis des années. Les travaux qu'on veut faire visent plutôt à assurer que l'effet des changements soit neutre pour les personnes, c'est le contraire de ce que dit la députée. C'est s'assurer que les gens justement à faibles revenus continuent à être protégés et bénéficient de soutien financier pour avoir accès à ces nouvelles formules d'hébergement, de projets novateurs, par exemple.

Parce que la contribution est neutre. En termes de contribution de la personne, la contribution de la personne qui est dans un projet novateur est la même que celle qui est dans un CHSLD. Il y a cependant une différence, c'est que les gens deviennent, à ce moment-là, prestataires du régime général d'assurance médicaments et ont à défrayer les médicaments sur la base du régime général d'assurance médicaments. Alors, les travaux qui sont en cours visent précisément à essayer de corriger ces inéquités et diminuer les impacts de ces mesures au cours des prochaines années.

C'est complètement le contraire de ce qui est présenté. Les travaux ne visent pas à alourdir la contribution des gens, mais ils visent à la rendre plus équitable et neutre finalement d'un milieu à l'autre, de sorte qu'une personne ne puisse pas dire: Bien, moi, dans le fond j'aimerais

mieux ne pas être en CHSLD, j'aimerais mieux être dans le projet x, et, pour des raisons financières, je vais être obligée d'aller en CHSLD. C'est ce qu'on voudrait empêcher, puis c'est dans cette direction-là qu'on travaille actuellement.

Et il y a également d'autres cas d'inéquité pour les jeunes, par exemple, qui doivent vendre leur résidence, même divorcer, on dit, à l'occasion, pour continuer à payer la contribution d'un conjoint hébergé. C'est des situations qui sont de longue date, là, ce n'est pas des situations nouvelles, mais c'est des choses dont il faut s'occuper, puis des travaux qui sont en cours visent à corriger ces inéquités-là.

Encore une fois, le principe qu'on veut conserver, c'est le principe que l'impact financier du choix de la ressource qu'on utilise pour l'hébergement soit neutre pour la personne, qu'il n'y ait pas d'alourdissement ou de restriction des choix pour des raisons financières. Je pense que ça, c'est important de le répéter. Puis bien sûr on tiendra au courant la population des progrès de ces travaux-là qui ont déjà commencé. Je pense qu'il n'y avait pas d'autres points, j'ai l'impression que j'ai couvert l'essentiel des points que ma consœur a apportés.

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

Mme Harel: Est-ce que je comprends que le ministre s'engage à ce que cet objectif de choix neutre ne se fasse pas en alourdissant, par exemple, la contribution des adultes hébergés dans les centres hospitaliers de soins de longue durée publics ou privés conventionnés?

M. Couillard: Les acquis seront préservés, M. le Président, et on veut que ce soit neutre, on veut que ce soit dans l'esprit de protéger les clientèles les plus vulnérables.

Mme Harel: Est-ce que c'est la même chose dans les ressources intermédiaires?

M. Couillard: Bien, il y a également une contribution, le même raisonnement s'applique pour les ressources intermédiaires. Alors, ressources intermédiaires, quelles sont les formules qu'on a actuellement? La personne est à la maison en soins à domicile, elle est en ressources intermédiaires ou en ressources de type familial, elle est en projet novateur, comme on a décrit, ou elle est en CHSLD. Dans les quatre cas, le niveau de contribution varie. Et on ne voudrait pas que le choix de la ressource la plus appropriée pour la personne soit surtout orienté pour des raisons financières. C'est pour ça qu'on réalise nos travaux actuels.

Mme Harel: M. le Président, dans le document de consultation... D'abord, je voudrais dire au ministre que les ressources intermédiaires n'ont pas connu de développement substantiel, comme il l'a déjà dit d'ailleurs, durant les années quatre-vingt-dix. C'était là un projet du ministre de la Santé, Marc-Yvan Côté, au début des années quatre-vingt-onze, et la situation se présente extrêmement autrement à partir du moment où il permettrait, comme le demande, par exemple, l'Agence régionale de Montréal, aux CHSLD privés conventionnés d'ouvrir des ressources intermédiaires.

La situation se présente très différemment parce qu'il sait qu'il aura besoin d'une modification du cadre législatif pour permettre aux CHSLD privés conventionnés, dont certains m'ont même approchée pour que je collabore

afin qu'ils puissent identifier des terrains ou des lieux, si vous voulez, qu'ils pourraient avantageusement transformer pour de l'hébergement... Mais le problème, c'est qu'il va permettre à des CHSLD privés conventionnés, s'il suit la proposition de l'Agence régionale de Montréal, il va donc permettre à des CHSLD conventionnés, où il y a déjà la syndicalisation, où il y a déjà une stabilité dans le personnel, d'ouvrir des ressources intermédiaires où on le sait qu'il y a une très grande mobilité du personnel parce que les conditions de rémunération sont légèrement au-dessus du salaire minimum, parce que les exigences de formation ne sont pas là. Alors, c'est là, le problème, c'est qu'il veut développer une gamme, une variété de nouveaux services sans donner les garanties que ce ne sera pas à rabais, que ce ne sera pas à deux vitesses. Et c'est d'autant plus inquiétant que, dans son document de consultation, il cite le partenariat public-privé de sa collègue la présidente du Conseil du trésor, à la page 31, en parlant du plan de modernisation à l'égard du projet de rénovation de 3 000 à 5 000 lits, sous l'angle du partenariat public-privé.

Alors, c'est ce glissement vers la privatisation, vers une diversification de ressources, mais des ressources où les conditions ne seront pas réunies pour à la fois que la qualité des services soit garantie parce que les conditions ne sont pas réunies pour le personnel lui-même.

M. Couillard: Alors, d'abord, pour ce qui est des ressources intermédiaires, là, ils ont formé des associations avec lesquelles on converse pour rehausser leur niveau de contribution, ce qui également n'avait pas été fait depuis plusieurs années.

Pour ce qui est de la question des établissements de soins prolongés et des partenariats public-privé, il y aura certainement une modification dans le document final, je peux déjà l'indiquer. On a abandonné l'idée de faire des PPP pour les établissements déjà existants. C'est beaucoup trop complexe, les employés qui sont déjà là, en place, avec des acquis. Je pense qu'il n'est pas justifié... D'ailleurs, l'ensemble des expériences internationales, dans ce domaine-là, nous amènent à ne pas prendre cette direction. Cependant, lorsqu'on aura déterminé les nouvelles places requises, les nouvelles installations, bien, là, il est certain que cet outil, qui est un outil, là, qui est à la disposition du gouvernement du Québec, les PPP, les 3P, sera évalué cas par cas, selon le bénéfice que ça apporte en termes de qualité de services et en termes également financiers.

Il y avait un autre élément — puis là ma pensée s'est envolée — auquel... Ah oui! Les privés conventionnés. Il n'y a pas d'article comme tel dans le projet de loi n° 83, et on n'a pas l'intention d'en apporter. Je pense que ça devrait clore le débat.

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Bon...

Mme Harel: On va reprendre sur le maintien à domicile demain matin.

Le Président (M. Copeman): Alors, j'ajourne les travaux de la commission sine die. Merci.

(Fin de la séance à 12 h 27)