



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 25 mai 2005 — Vol. 38 N° 131

Étude des crédits du ministère de la Santé et
des Services sociaux (4): 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 mercredi 25 mai 2005 — Vol. 38 N° 131

Table des matières

Document déposé	1
Santé	
Discussion générale (suite)	1
Pratique des sages-femmes et création de maisons de naissance	1
Lien possible entre des problèmes de santé et la contamination des sols, à Murdochville	6
Plan d'action concernant la beryllose	6
Soutien aux organismes communautaires	7
Reconnaissance des organismes communautaires s'occupant de santé mentale	8
Avenir de l'Hôpital Shriners pour l'enfant infirme au Québec	8
Orientations en matière de sécurité alimentaire	10
Gestion des programmes destinés aux organismes communautaires	11
Nouvelles inscriptions dans les facultés de médecine	11
Formation de médecins en région	12
Mesures visant à contrer le virus du Nil occidental	14
Mesures visant à contrer une éventuelle pandémie de grippe aviaire	15
Théorie controversée sur les avantages de l'exposition au soleil	16
Campagne d'information et consultation publique sur l'assurance médicaments	17
Situations irrégulières en matière d'assurance médicaments	18
Dépassements dans la rémunération des médecins	19
Négociation des conventions collectives des médecins	19
Litiges opposant la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à des fabricants de médicaments génériques	19
Portrait de l'effectif de la RAMQ	20
Difficultés d'accès au service téléphonique de la RAMQ	21
Sécurité des installations de la RAMQ	21
Décision du Barreau de ne plus offrir d'assurance médicaments privée à ses membres	22
Projets d'immobilisations en région	23
Vérification de la qualité des centres d'hébergement et de soins de longue durée	23
Liste des médicaments remboursables par la RAMQ	24
Plaintes adressées à la RAMQ	26
Frais de cabinet des médecins	27
Nombre de médecins désengagés ou non participants à la RAMQ	29
Groupes de médecine de famille et cliniques-réseaux (suite)	31
Certification des résidences privées hébergeant des personnes vulnérables	32
Groupes de médecine de famille et cliniques-réseaux (suite)	34
Situations irrégulières en matière d'assurance maladie	37
Poursuites judiciaires impliquant la RAMQ	38
Services de santé et services sociaux pour les autochtones	39
Services de santé non assurés	41
Document déposé	42
Dossier de la Visudyne	42
Dossier de la maladie de Fabry	43
Lutte contre le cancer (suite)	45
Projet d'agrandissement du Centre hospitalier Saint-Eustache	52
Projet de conversion de l'ancien bâtiment du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en centre multivocationnel	53
Projet de déménagement du Manoir de la Pointe bleue	55
Intentions concernant le Pavillon Saint-Charles-de-Limoilou	56
Dépenses liées au déplacement des usagers	58
Dons et greffes d'organes et de tissus	58
Déficit du réseau de la santé (suite)	60
Variation du budget de dépenses (suite)	61
Plan triennal d'immobilisations	62
Document déposé	65

Table des matières (suite)

Dons et greffes d'organes et de tissus (suite)	66
Budget en santé et services sociaux pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue	67
Construction des centres hospitaliers de l'Université de Montréal et de l'Université McGill	68
Fermeture de lits dans les hôpitaux	70
Services de santé et services sociaux dans la région de la Petite-Nation	71
Réorganisation du service Info-Santé	74
Prévention des grossesses précoces	75
Orientations en matière de prévention en santé	76
Programmes de soutien aux jeunes familles	77
Administration d'électrochocs pour traiter des maladies mentales	78
Programmes de soutien aux jeunes familles (suite)	79
Activités de recherche dans les centres hospitaliers de l'Université de Montréal et de l'Université McGill	80
Document déposé	81
Adhésion du Québec à Inforoute Santé du Canada	81
Aide financière au Centre de développement Yaldei pour l'acquisition de terrains	82
Patiente ayant séjourné 72 heures dans le couloir d'un hôpital	82
Documents déposés	83
Document déposé	83
Adoption des crédits	84

Intervenants

M. Russell Copeman, président
M. Jean-Pierre Paquin, président suppléant
Mme Yolande James, présidente suppléante

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
Mme Hélène Robert
M. Marc Picard
Mme Diane Legault
M. Daniel Bernard
Mme Francine Gaudet
M. Jean-Claude St-André
M. Claude Cousineau
Mme Agnès Maltais
M. Camil Bouchard

- * M. Pierre Roy, RAMQ
- * Témoin interrogé par les membres de la commission

Le mercredi 25 mai 2005 — Vol. 38 N° 131

**Étude des crédits du ministère de la Santé et
des Services sociaux (4): volet Santé***(Onze heures vingt et une 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 afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2005-2006. Plus particulièrement, il est prévu que la commission consacre aujourd'hui neuf heures à la poursuite de l'étude des crédits concernant la santé. Alors, c'est le début d'une longue journée.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Lefebvre (Laurier-Dorion) va être remplacée par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle que l'utilisation des téléphones cellulaires est interdite dans la salle. Alors, je prierais tous ceux qui en font l'usage, évidemment les parlementaires et les membres du public également, à les mettre hors tension immédiatement.

Je vous rappelle, parce que ça fait un certain temps que nous sommes réunis pour étudier les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, je vous rappelle nos façons de faire. Par entente, nous avons décidé de procéder par discussions d'ordre général avec la mise aux voix des programmes à la fin du temps imparti; d'étudier les crédits de ce portefeuille par blocs de 20 minutes par groupe parlementaire, questions et réponses incluses, en appliquant l'alternance; que madame ou les députés indépendants disposent de cinq minutes, questions et réponses, après chaque bloc de temps utilisé par l'opposition officielle. Nous avons également entendu de cumuler les retards et de les reprendre ultérieurement. Et, si j'ai bien compris, nous avons également entendu d'étudier le programme 4 ou de débiter avec l'étude du programme 4 concernant la Régie de l'assurance maladie du Québec cet après-midi. Tout est beau? Très bien.

Une voix: ...

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Exact. À la dernière séance, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve désirait déposer quelques communiqués de presse, dont quelques phrases, bouts de phrases manquaient. Nous sommes allés chercher ces documents-là. Alors, j'autorise le dépôt de trois communiqués de presse. Alors, je les dépose en bloc, et nous avons des copies pour tous les parlementaires. Je pense que ça règle toutes nos affaires... pas tout à fait.

J'invite les membres du public qui sont assis en arrière de la salle... Nous avons une salle disponible en face du corridor, RC.171. Nous sommes en train d'installer un moniteur, il va arriver très bientôt. Et, pour raison de votre confort et pour des raisons de sécurité, je vous incite fortement d'utiliser la salle qui est mise à votre disposition. Et nous allons vous aviser dès que le moniteur sera en place, vous allez être capables de suivre les travaux de la commission. Peut-être manquer un peu de l'ambiance, mais c'est le prix qu'on paie pour une assistance aussi large à nos travaux.

Santé**Discussion générale (suite)**

Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, afin de débiter un bloc d'échange, évidemment porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, la parole est à vous.

**Pratique des sages-femmes et
création de maisons de naissance**

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je vais proposer, M. le Président, pour faire en sorte que les personnes ici présentes puissent bénéficier immédiatement de notre échange et peut-être par la suite pouvoir amener les enfants dîner, n'est-ce pas, à l'heure où les enfants dînent habituellement, je vais proposer que tout de suite on aborde le dossier sages-femmes. Alors, ça pourra, à ce moment-là, permettre à chacun et chacune des visiteurs, bien, en fait, de décider de rester avec nous ou bien de vaquer à leurs tâches par la suite.

Alors, si cela convient, donc, M. le Président, je veux rappeler que, dans le dossier de la reconnaissance de la profession et de l'exercice de la profession de sage-femme, il y a beaucoup de chemin qui a été parcouru. Et je pense qu'on peut s'en réjouir, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, et c'est certainement la raison pour laquelle nous avons ces visiteurs et visiteuses aujourd'hui.

Alors, le chemin déjà parcouru, très rapidement, je rappelle les projets pilotes en 1994, la légalisation de la pratique sage-femme en 1999 et l'ouverture de la dernière maison de naissance en 2003. Je reviendrai, c'est l'aspect que je voudrais développer avec le ministre.

D'autre part, évidemment, il faut certainement rappeler que cette pratique sage-femme, du moins virtuellement, est possible dans le milieu hospitalier. Il y a toujours le seul et même exemple de l'Hôpital LaSalle, le Centre hospitalier également de Lévis. Alors, il y a maintenant deux hôpitaux au Québec où la pratique sage-femme peut s'exercer.

Évidemment, parmi ce qu'on peut considérer dans le bilan comme le chemin déjà parcouru, il s'agit également du règlement concernant la pratique et l'accouchement à

domicile. Alors, nous nous sommes toutes et tous réjouis certainement, la semaine passée, de la naissance du premier bébé, bébé Justine, qui a marqué le début des sages-femmes à domicile, du moins dans la région de Québec. Peut-être y en a-t-il eu que les médias n'ont pas rapporté? Gaspard?

Une voix: ...

Mme Harel: Gaspard. Alors, nous avons une Justine puis un Gaspard. Donc, avec le règlement qui maintenant permet l'exercice de la profession de sage-femme à domicile avec la garantie d'une assurance responsabilité, donc voilà pour le chemin parcouru.

En ce qui concerne cependant le chemin à parcourir, je crois qu'il y a là la nécessité d'un examen à cette commission parlementaire, en cette année 2005, d'abord pour rappeler que plus d'un millier de femmes se voient à chaque année refuser l'accès à une sage-femme et attendent sur d'interminables listes, en vain pour plusieurs d'entre elles, l'accès à l'accompagnement par une sage-femme. Et cette attente se traduit également par le report, année après année, de l'ouverture de nouvelles maisons de naissance.

• (11 h 30) •

Et en particulier je voudrais insister sur la situation dans les Laurentides, puisque tout le milieu a été mobilisé. Le conseil de ville de Sainte-Thérèse a même, par résolution, offert un terrain pour y aménager la future maison de naissance dans les Laurentides, l'agence régionale des Laurentides, l'agence de santé et de services sociaux des Laurentides, a même priorisé le projet en décembre dernier, mais les budgets se font toujours attendre. Et il est évident qu'à ce rythme-là, quand on pense que la dernière... la seule nouvelle maison de naissance qui a vu le jour, ça a été à Nicolet en 2003, alors que beaucoup de projets de maisons de naissance attendent impatiemment dans les Laurentides, sur le Plateau Mont-Royal, à Montréal, dans le quartier Limoilou, à Québec, dans la Montérégie aussi. Alors, il est évident que de se fier seulement à la bonne volonté des agences, même si cette bonne volonté est palpable et s'exprime...

Mais on sait que, l'an passé, les agences ont vu leur budget coupé de 5 millions de dollars. Cette année, dans les crédits, les agences vont avoir en moins 2,5 millions de dollars, alors qu'on voit qu'à chaque année elles doivent faire plus avec moins. Ce n'est pas avec le budget de fonctionnement des agences, mais c'est le budget qui leur est alloué, alors que l'on sait que ce budget, n'étant pas pourvu pour des maisons de naissance, d'autres priorités, légitimes j'en conviens, mais d'autres priorités finalement occupent le terrain et finissent par prévaloir sur celle d'offrir un service d'accompagnement de sage-femme et donc l'ouverture de nouvelles maisons de naissance.

Alors, je rappelle qu'il y a un an et quelques mois, c'était en février 2004, lors de la signature de l'entente entre les sages-femmes et le Centre hospitalier de LaSalle, lorsque le ministre se trouvait présent à cette signature, il s'est engagé, et je le cite, «à consolider et à développer le réseau des maisons de naissance». Alors, la Coalition pour la pratique des sages-femmes demande maintenant au ministre de respecter cet engagement, d'allouer les budgets nécessaires et de mettre en oeuvre

sans tarder un plan de développement, un véritable plan de développement de la pratique sage-femme en maison de naissance. Alors, ce plan de développement ne peut pas être laissé malgré la bonne volonté... mais il ne peut pas être laissé simplement au cas par cas, à la bonne volonté des agences. Alors, la question est simple, M. le Président, à quand ce plan de développement que le ministre s'est engagé en fait à rendre public?

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

M. Couillard: Oui. M. le Président, c'était effectivement une question très importante. Je voudrais d'emblée faire une rectification, il n'y a aucune relation entre ce dont nous traitons actuellement et les budgets de fonctionnement des agences, qui ne sont pas liés aux services à la population mais plutôt à l'appareil administratif qui est présent. Et je suis assez heureux de dire que, dans les colonnes de crédits de cette année, il n'y a que deux postes où le chiffre est précédé du signe moins, c'est le poste administration des agences régionales et également du ministère lui-même, confirmant ainsi que nous donnons plus de ressources aux services directs à la population qu'aux structures administratives.

Maintenant, pour ce qui est de la profession de sage-femme et de son avenir, effectivement beaucoup de chemin a été parcouru. On me permettra rapidement de faire état des étapes que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve a elle-même mentionnées. D'abord, la reconnaissance de la profession, après les projets pilotes. Et on sait que ça n'a pas été aisé parce qu'il y avait une certaine résistance du milieu médical qui a dû être vaincue à ce moment-là. Et ça a été fait, tant mieux. Ensuite, les partenariats avec les centres hospitaliers. Et on a parlé tantôt de celui avec l'Hôpital LaSalle, celui avec l'Hôtel-Dieu de Lévis, et il y en a un troisième qu'on n'a pas cité probablement par oubli, qui a été, je crois, annoncé très récemment ou qui est imminent, à l'Hôpital juif, avec la maison de naissance qui est à proximité. Donc, on a un troisième partenariat hospitalier qui devrait être annoncé très prochainement.

Effectivement, il y a eu l'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile, et on se souvient que le début des accouchements à domicile a été rendu difficile parce qu'il n'y avait pas d'assurance responsabilité. Il a donc fallu que le gouvernement utilise, je dirais, sa force de persuasion pour que la couverture des activités professionnelles des sages-femmes à domicile soit incluse dans leur couverture d'assurance responsabilité. Et je crois que ça témoigne de la volonté politique, qui est continue entre le gouvernement précédent et le gouvernement actuel, de faire en sorte que les sages-femmes voient leur profession effectivement concrètement reconnue au Québec et que les femmes du Québec puissent avoir accès à ces services, dans un contexte évidemment toujours limité. On est toujours d'accord que beaucoup a été fait et que beaucoup reste à faire, et il y aura toujours beaucoup à faire. Mais c'est certainement un objectif qu'on partage.

Il y a eu un autre règlement également dont il faut parler, parce qu'il est question de la sécurité des personnes dans ce règlement-là, c'est le règlement sur les modalités de transfert entre la sage-femme et le médecin dans certaines circonstances particulières. Et je pense que c'est important de le mentionner pour indiquer que,

dans notre esprit, l'adoption du règlement sur l'accouchement à domicile, la couverture d'assurance responsabilité ne se fait pas aux dépens de la sécurité des gens, que ce soit des enfants à naître ou des femmes qui accouchent.

Pour ce qui est des maisons de naissance, effectivement on connaît leur réseau actuel, j'étais moi-même présent à l'inauguration de celle à Nicolet il y a déjà presque deux ans. Et il y a d'autres projets en évolution dans les régions, mais je pense que l'attitude doit demeurer la même, M. le Président. Particulièrement en Laurentides, où il y a beaucoup de pression et beaucoup de manifestations populaires de soutien à ce projet-là, moi, je peux, d'ores et d'emblée, dire que, si, au cours du prochain plan immobilier, la région des Laurentides, comme celle de Montréal d'ailleurs, parce qu'il y a un projet sur le Plateau auquel la députée a fait allusion... si on place ces projets immobiliers, qui ne sont pas des projets considérables en termes d'investissement immobilier, en tête de priorité pour le budget d'immobilisations, on va être heureux d'y donner suite. Mais il faut que ce soit quand même un exercice qui soit fait en région et il faut que ce soit coordonné avec une politique régionale de périnatalité et d'accessibilité. Ça ne se fait pas à partir de Québec, c'est quelque chose qui doit se faire régionalement, selon les priorités des gens, avec la participation des conseils d'administration des établissements où, là aussi, la population est représentée.

Alors, il faut que ces conversations se fassent en concertation. Et, moi, je peux déjà répéter le fait que, si, lors de la prochaine demande d'immobilisations, l'agence des Laurentides nous indique en tête de priorités que la maison de naissance est pour eux un projet de première importance, on va y donner l'aval, il n'y a aucun problème. Il faut également que l'agence s'assure avec nous et avec les partenaires de leur région de se mobiliser pour que cette priorité également se traduise dans le soutien des activités de la maison de naissance. C'est beau de construire des maisons de naissance, mais il faut également prévoir les ressources pour y affecter. Bien sûr, les bébés qui naîtront à la maison de naissance seront des bébés qui ne naîtront pas à l'hôpital, donc il est certainement possible de faire des transferts budgétaires ou des ajustements entre les milieux compte tenu du volume d'activité qu'on prévoit. Mais ça doit être fait également au niveau régional.

Alors, je pense qu'on peut répéter, M. le Président, que nous désirons... Nous avons d'ailleurs concrètement manifesté notre volonté politique que la profession de sage-femme continue à prendre de l'expansion au Québec, que ce soit dans le milieu hospitalier ou dans le milieu de l'accouchement à domicile et également dans le contexte des maisons de naissance. Et effectivement il faut connaître la façon dont notre réseau de santé est administré. C'est un réseau qui est décentralisé, c'est là une de ses grandes forces, le gouvernement, le ministère accorde des enveloppes régionales qui sont par la suite priorisées selon les besoins propres des régions, et il faut que ce soit le cas également pour la périnatalité et la planification des constructions de maisons de naissance. Alors, encore une fois, je termine là-dessus, M. le Président, qu'on nous indique avec force, de la part des agences régionales, qu'il s'agit de priorités de haut niveau, première priorité ou deuxième priorité, et on sera heureux d'y donner suite au cours des prochaines années... dès la prochaine année pour la prochaine enveloppe d'immobilisations.

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

Mme Harel: Alors, M. le Président, je pense que le ministre doit aller au-delà de ce qu'il laisse entendre présentement, il doit lui-même donner un signal clair aux agences régionales. Il doit le faire comme il l'a fait dans d'autres dossiers. Pensons, par exemple, à son éventuelle politique qu'il annonce, là, en santé mentale, il va y avoir une politique avec des directives claires, un signal aux agences régionales. Pourquoi n'en serait-il pas de même à l'égard de l'accès à la pratique sage-femme?

Je rappelle qu'actuellement le Québec, si on compare, il y a 77 sages-femmes au Québec, 355 en Ontario, il y a un budget de 7 millions, nous dit-on, au Québec et 44 millions en Ontario. Au Québec, le choix, qui est un choix de société, a été celui également de diversifier l'accès à la pratique sage-femme en ouvrant des maisons de naissance. Dans les hôpitaux, là où, en Ontario, se pratique l'accompagnement sage-femme, il faut savoir que le Québec, l'hôpital, sur papier, il y en avait deux et un troisième, nous annonce le ministre, va s'ajouter, mais on m'indique qu'en un an il y a eu deux accouchements avec sage-femme à l'Hôpital LaSalle, alors que, depuis le 1er avril, c'est-à-dire depuis à peine deux mois, il y a déjà Justine et Gaspard, comme disait Mme la députée de Chambly, alors il y en a déjà peut-être plus, et quelques autres aussi. Donc, l'accouchement à domicile s'est révélé beaucoup plus populaire finalement que l'accouchement à l'hôpital. L'accouchement à l'hôpital, au Québec, ne semble pas être — avec sage-femme — ne semble pas être le mode qui soit préféré, alors qu'on a choisi les maisons de naissance.

● (11 h 40) ●

Là, présentement, l'Université de Trois-Rivières... Je sais qu'il y a parmi nous, dans la salle, de jeunes femmes qui ont complété leur formation sage-femme, qui complètent leurs stages puis qui vont se trouver sans emploi. L'Université du Québec à Trois-Rivières forme 15 sages-femmes diplômées à chaque année, et plusieurs d'entre elles sont sans emploi alors que des maisons déjà existantes... On pense, par exemple, à plusieurs des maisons de sages-femmes qui réclament du personnel supplémentaire pour être capables de faire face à la demande et de diminuer les listes d'attente de l'accès à une maison de naissance pour accoucher. Alors, d'une part, les maisons de naissance existantes n'ont pas les budgets pour offrir le service sage-femme. D'autre part, les projets de maisons de naissance, que l'on parle du Carmel sur le Plateau Mont-Royal ou que l'on parle des Laurentides depuis maintenant plusieurs années, ou que l'on parle de l'ensemble des autres projets, en fait attendent le bon vouloir au niveau régional parce qu'il n'y a pas un signal clair du ministre. Et c'est ce signal clair qui, je pense, mettrait en branle le réseau dans l'offre de l'accès à des maisons de naissance. Alors, le ministre est en attente, et les agences régionales ne sentent pas qu'il y a là une volonté gouvernementale et ministérielle qui soit, disons, prioritaire.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, il faut d'abord remarquer qu'effectivement ça fait longtemps que la région des Laurentides est en attente, depuis 10 ans

maintenant en attente pour ce projet, donc un certain nombre d'années sous la précédente administration et la nôtre également. Je pense qu'on n'a pas l'exclusivité de la lenteur dans ce dossier-là, il faut le reconnaître, mais on est d'accord pour aller plus loin, cependant. Et la bonne façon de le faire, c'est effectivement de développer une nouvelle politique de périnatalité. Et je suis heureux de dire qu'actuellement les travaux sont en cours, le comité de révision de la politique de périnatalité est à l'oeuvre. Et on me dit que les sages-femmes font partie de ce comité de révision, et on prévoit déposer un document de consultation pour l'automne dans le but d'adapter donc le plan d'action ou la politique gouvernementale en matière de périnatalité. Et c'est à cet endroit-là que doivent se régler ou se discuter ces enjeux, qui sont des enjeux extrêmement importants, notamment la question de l'intégration des sages-femmes en milieu hospitalier, l'accouchement à domicile et les autres facteurs, notamment la planification de la main-d'oeuvre également qui doit être envisagée de façon plus serrée.

Il ne faut pas non plus — et je ne pense pas que c'était le but recherché — il ne faut pas démoniser non plus l'accouchement en milieu hospitalier. Il y a encore une majorité de femmes au Québec qui font ce choix. Il n'y a cependant pas autant de médecins qu'avant qui sont attirés ou intéressés par la pratique de l'obstétrique. Il faut quand même dire que la féminisation de la profession médicale fait en sorte que l'approche certainement doit changer dans le milieu hospitalier. Il y a encore plusieurs omni-praticiennes, des praticiennes cependant qui veulent continuer cette pratique, mais nous voulons effectivement que les sages-femmes soient plus présentes en milieu hospitalier, notamment. Et il faut avoir voyagé pour savoir que, dans les pays européens, c'est la norme. Lorsqu'on accouche de façon normale en Europe de l'Ouest, en Europe occidentale, les chances sont qu'on va avoir l'accouchement avec une sage-femme. C'est devenu tout à fait normal et en fait c'est le contraire qui est considéré comme anormal, qu'un médecin intervienne dans un accouchement qui ne présente pas de complications prévues.

Alors, je pense que la révision de cette politique de périnatalité, avec la participation des sages-femmes, avec un document de consultation qui va être mis en circulation à l'automne, est le forum idéal pour donner... Je pense que la remarque de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve est juste, il faut effectivement d'une part faire confiance aux initiatives régionales et leur laisser la marge de manoeuvre pour exprimer leurs priorités, mais il faut également qu'il y ait un signal gouvernemental quant à l'importance à accorder à cette pratique et la façon de l'intégrer. Et on va faire ça avec la révision de la politique de périnatalité, et je suis certain que les sages-femmes vont y participer avec beaucoup d'intérêt.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Deux-Montagnes.

Mme Robert: Oui. Merci, M. le Président. Écoutez, pour moi, il est très, très important, la région des Laurentides... Effectivement, quand vous dites que ça fait 10 ans que le projet de sages-femmes, de maison de naissance, et de toutes les façons, existe dans les Laurentides, oui, puis je l'ai suivi toutes ces années-là,

et toujours la demande a été de la part des groupes de femmes, de la part des nouveaux parents, elle a toujours été constante. Et vous savez qu'on a vécu, dans les Laurentides, et on continue de le vivre, un sous-financement vraiment incroyable avec une population qui augmente constamment. Et vous savez que dans les Laurentides... beaucoup, beaucoup de jeunes familles. Alors, s'il y a un endroit où les maisons de naissance sont une urgence... J'ai eu pour ma part l'occasion d'assister à deux accouchements comme grand-mère, dont un avec sage-femme et un sans sage-femme, et je dois vous dire que, quand on dit que le choix des femmes est encore plus l'hôpital, oui, je concède, mais c'est parce qu'on ne connaît pas l'autre, il n'est pas très bien connu, il n'est pas très bien expliqué, il n'est pas... on le dit aussi pas très bien organisé. Et je vous garantis qu'avec sage-femme, moi, ça a été un autre type d'accouchement. D'ailleurs, j'ai l'occasion de dire qu'on accouche ici.

Et vous savez aussi que l'accès à des hôpitaux, de plus en plus, avec toutes les questions de problèmes de C. difficile ou d'autres, pour les femmes, peut devenir aussi une source d'inquiétude. Donc, les Laurentides, avec notre sous-financement, la volonté est là. Qu'il y ait un charabia à l'intérieur... qu'on appelle les agences ou tous ces questionnements-là, je pense qu'il est temps de la part du ministre d'indiquer très clairement que rapidement nous aurons une maison des naissances dans les Laurentides.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, je suis heureux de voir que notre consœur s'inquiète du problème d'inéquité interrégionale, raison pour laquelle nous avons mis en place le nouveau mode d'allocation budgétaire qui identifie en particulier les Laurentides comme région devant bénéficier d'une correction au même titre que la Montérégie, dont il a été abondamment question au cours des dernières sessions de ce comité.

Je vais lui rappeler également qu'à la liste du chemin parcouru que j'indiquais tantôt s'ajoute la conclusion de la première entente d'exercice avec les sages-femmes également qui est signe d'un progrès concret dans l'exercice de cette profession.

Pour le reste de sa question, je vais lui répéter essentiellement ce que j'ai dit à sa consœur d'Hochelaga-Maisonneuve. Ce travail commence en juin, de révision de la politique de périnatalité, les sages-femmes vont y participer. Un document sera mis en consultation à l'automne, et c'est là qu'on verra la priorité qu'on accordera à ce dossier-là. Et il n'y a pas eu de priorisation, que je sache, les huit années précédant notre arrivée au gouvernement, mais on va faire en sorte que ça se fasse, M. le Président. Et bien sûr il y a toujours plus, plus, plus à faire en santé, on travaille très fort pour rejoindre le plus grand nombre de priorités possible, et, moi, je suis confiant que ce groupe va arriver à des conclusions pratiques, intéressantes et importantes. Et on verra par la suite, suite à leurs travaux, quel sera l'impact dans les régions, mais, moi, je partage — en conclusion — je partage ce que nous a dit la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. C'est bien de se fier aux initiatives régionales, mais, dans certains secteurs, particulièrement des secteurs dont on veut voir la croissance, bien il faut donner un signal gouvernemental de la façon dont on entrevoit cette croissance.

Mme Harel: M. le Président, est-ce que le ministre nous annonce que, l'automne prochain, dans le cadre de la révision de la politique de périnatalité, il interviendra de manière à ce qu'il y ait la consolidation et le développement d'un réseau de maisons de naissance? Est-ce que c'est cela qu'il faut comprendre?

M. Couillard: Bien, je ne dicterai pas... je ne tiendrai pas la main des membres du comité pour écrire leurs recommandations, là, je suppose que, dans leurs travaux, la question du progrès ou de l'accessibilité à la profession de sage-femme, autant pour la pratiquer que pour en recevoir des services, va certainement être à l'ordre du jour.

Il y a actuellement également en cours un sondage auprès de la population qui porte sur le choix de professionnels pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement et quant au lieu privilégié pour la naissance. Bien sûr, tout ça est coloré par le fait d'une moins bonne connaissance de certains milieux par rapport à d'autres, mais ça va être intéressant de voir quelle est l'attitude de la population actuellement quant à cette question. Et je dois dire que l'Ordre des sages-femmes et la profession en général a beaucoup augmenté sa visibilité au cours des dernières années, et je suis persuadé que la population... on verra le résultat du sondage, mais que la population souhaite qu'on fasse des progrès.

Puis je terminerais en mentionnant, M. le Président, qu'on a également un rôle très actif pour favoriser l'accueil des stages pour les gens en formation à Trois-Rivières. Il y a eu des problèmes assez importants de blocage où il n'y avait pas de milieu d'accueil pour les stages, et on a réussi à faire en sorte que ces stages soient disponibles. Et je crois, encore une fois, il faut y reconnaître, M. le Président, la volonté politique du gouvernement de voir cette profession se développer.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je pense que la présence, aujourd'hui, de mamans qui... et de papas, je pense, également, là, qui ou bien ont pu bénéficier d'un accouchement avec sage-femme ou qui souhaitent en bénéficier est un indice, je pense, c'est un baromètre de la mobilisation que l'on retrouve à peu près dans toutes les régions du Québec en faveur d'un accroissement substantiel de l'accès à un service sage-femme dans les maisons de naissance.

• (11 h 50) •

Et je n'ai pas souhaité, depuis le début de notre échange, M. le Président, que cette question en soit une partisane. Le chemin parcouru est important. Ça fait 24 ans que je suis dans ce Parlement, et je dois vous dire que j'ai vu depuis le début le chemin qui, successivement, avec chacun des gouvernements, a permis de faire du progrès. Mais là, au moment où nous faisons le bilan, il faut un effort accru à l'égard des maisons de naissance. Il faut un effort accru pour les maisons déjà existantes pour qu'elles offrent plus de services. C'est ce qu'elles demandent avec des listes d'attente qu'elles ne peuvent pas satisfaire. Mais il faut un effort accru pour que... Partout, dans le fond, il doit y avoir le choix, là où les femmes veulent accoucher avec une sage-femme, qu'elles puissent le faire et qu'elles puissent le faire en maison de naissance si c'est là leur choix.

Je pense qu'il y a un intérêt pour toute la société. Je ne veux pas vous citer de chiffres, mais il y a aussi

une économie, une économie générale qui est extrêmement importante, qui est très palpable. Et surtout, quand on sait les épidémies qui sévissent dans les milieux hospitaliers, il est évident que de plus en plus de femmes sont tentées de trouver des alternatives, d'autant plus que les quelques économies seulement quand on sait qu'il y a moins de césariennes, qu'il y a une réduction importante d'hospitalisations en cours de grossesse...

On voyait, encore aujourd'hui, dans le quotidien *Le Soleil*, qu'à Québec l'agence a demandé de réduire le nombre de jours d'hospitalisation au Centre mère-enfant puis à l'Hôpital, je pense, c'est Saint-François d'Assise. Alors, une demande en milieu hospitalier, mais c'est déjà le fait en maison de naissance, c'est des séjours plus courts. C'est une utilisation moins fréquente des technologies médicales lourdes, c'est un recours qui est moins grand à l'épidurale. C'est un suivi postnatal jusqu'à six semaines. C'est un taux d'allaitement plus élevé. En fait, les bénéfices sont importants. Alors, à tous égards, en matière de santé publique, en matière de diminution de coûts, je pense que le temps est venu de donner un coup de barre pour que les maisons de naissance puissent au moins satisfaire les femmes qui veulent accoucher et qui sont des milliers en fait qui ne peuvent pas y trouver satisfaction.

M. Couillard: Bien, brièvement, M. le Président, je partage en grande partie les propos de notre consœur d'Hochelaga-Maisonneuve, mais, je pense, ce qui est important: il ne faut pas non plus démoniser encore une fois un milieu d'accouchement par rapport à un autre. Il est certainement utile que les sages-femmes soient plus présentes dans le centre hospitalier pour y inculquer leur philosophie également et changer le visage de l'accouchement même en milieu hospitalier. Je ne pense pas qu'on doive s'objecter à ça.

Je partage également les remarques de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve sur le recours aux technologies, notamment les techniques de césarienne et autres. Cependant, il faut — et j'aime le faire à l'occasion — mettre notre société devant ses contradictions. Si on regarde le problème, par exemple... tout le problème médicolégal qui entoure l'obstétrique, auquel d'ailleurs seront confrontées les sages-femmes, là, de la même façon que les médecins qui pratiquent des accouchements, les plaintes les plus fréquentes et les conflits les plus fréquents sont le fait de ne pas avoir utilisé de technologie, de ne pas avoir fait de césarienne ou de ne pas avoir fait telle ou telle intervention. Alors, il y a, de façon plus large, également pour notre société un appel à la cohérence qui doit être lancé autour de cette politique.

Mais je termine rapidement, M. le Président, pour rappeler que les sages-femmes vont participer à ce travail de révision de la politique de périnatalité. Nous les écouterons, et leur point de vue sera certainement reflété dans les conclusions du groupe de travail.

Le Président (M. Copeman): Je ne peux m'empêcher, chers collègues, de vous dire à quel point ces discussions tombent bien. Dans trois jours, nous allons fêter 10 ans, la naissance de ma fille Emma qui est née dans une maison de naissance, celle de Côte-des-Neiges, avec l'aide d'une sage-femme. Alors, ça va faire 10 ans dans trois jours. Je persiste à croire et à penser que je suis le seul parlementaire, jusqu'à preuve du contraire,

dont les enfants sont nés avec l'assistance d'une sage-femme.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Les enfants nés...

Mme Harel: ...

Le Président (M. Copeman): Je ne parle pas de petits-enfants, Mme la députée. Si vous voulez prétendre le contraire, vous pouvez le faire. Il me semble que ce ne serait pas à votre avantage.

Mme Harel: ...

Le Président (M. Copeman): Mais je persiste à croire, jusqu'à preuve du contraire, que je suis le seul parlementaire dont un des enfants a eu une naissance avec l'assistance d'une sage-femme, qui a été une expérience tout à fait remarquable, extraordinaire pour nous, la Maison de naissance Côte-des-Neiges.

Évidemment, c'était notre troisième enfant. On a vécu les deux autres naissances en milieu hospitalier. Je dois avouer que, pour les deux autres cas, ça fait quelques années, hein, ça fait 19 ans et 16 ans. Alors, l'expérience en milieu hospitalier a été correcte mais pas comparable à celle qu'on a vécue à la maison de naissance. Alors, je suis très content d'entendre qu'il y a une révision en cours de cette politique de périnatalité. Et c'est sûr, c'est certain que tous les parlementaires vont suivre ça de près, votre humble serviteur avec une attention particulière compte tenu des circonstances. M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, pour un bloc de cinq minutes.

M. Picard: Merci, M. le Président. Que de bons commentaires sur la Maison des naissances — sur la rive sud de Québec — Mimosa.

Lien possible entre des problèmes de santé et la contamination des sols, à Murdochville

Mais ce n'est pas le sujet que je veux aborder, M. le Président, plutôt le sujet de la santé publique, santé publique au niveau de la contamination des sols. Vous savez, M. le Président, que je suis responsable de l'environnement pour notre groupe parlementaire, et je me suis rendu, il y a une quinzaine de jours, à Murdochville, à Murdochville où les gens vivent, je vous dirais, dans la crainte, dans la crainte de sols qui ont été contaminés, qui vont être décontaminés. Mais la principale demande qu'on m'a demandé de faire au ministre de la Santé, c'est de s'assurer que le DSP qui supervise Murdochville soit d'une transparence la plus totale.

Je sais que ce gouvernement-là prône beaucoup la transparence et la rigueur, mais aussi il y a une question que les gens m'ont répétée lors de l'assemblée publique: Comment se fait-il que, de nos jours, avec tous les moyens technologiques que nous avons, nous ne sommes pas capables de déterminer le lieu où une personne décède par rapport à quel endroit elle a vécu? Parce qu'au niveau des statistiques qu'est-ce que les gens se font dire — et je pense que M. le ministre aussi l'a dit en novembre dernier — il n'y a pas plus de cas de cancer à Murdochville qu'ailleurs

dans la province, mais qu'est-ce que les gens vivent à Murdochville actuellement, c'est qu'il y avait 2 000 citoyens, actuellement ils sont 600. Les gens quittent Murdochville, déménagent en Gaspésie, à Montréal, à Québec, et, quelques années plus tard, il semble qu'il y ait un fort taux de mortalité pour ces personnes-là.

Donc, les gens aimeraient avoir un portrait juste et général de la situation pour qu'ils puissent prendre les bonnes décisions. Donc, c'est tout simplement... Je me fais le porteur du dossier pour ces gens-là qui vivent, je vous dirais, M. le ministre, dans la crainte, là. Lorsqu'on rencontre les gens, on voit vraiment, là, qu'ils sont préoccupés par leur santé et surtout par l'inconnu sur des sols sur lesquels ils vivent. Est-ce qu'ils ont été contaminés ou non? Je ne le sais pas. Mais je ne veux pas être alarmiste non plus, je me fais le porteur du dossier. Je m'étais engagé à ces gens-là qui... Pour moi, c'est très, très important.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, j'apprécie la question et également le ton. Je pense que notre collègue fait preuve de beaucoup de réserve bien fondée, de responsabilité également dans la façon dont il présente la question. Moi, je peux m'engager que toutes les études, dès qu'elles seront disponibles, vont être rendues publiques. On l'a fait depuis le début. Il faut cependant se rendre compte des limites statistiques d'une situation semblable où le nombre de personnes étant très petit, c'est très long avant d'avoir des données qui soient suffisantes pour vraiment tirer une conclusion scientifiquement valable. Et la dernière chose qu'on veut, c'est de tirer des conclusions qui ne sont pas appuyées sur l'évidence, sur la preuve scientifique.

Par exemple, prenez le cas de Shannon, de l'eau potable, avec lequel vous êtes familier, il est très difficile pour les personnes, avant 2000, de savoir vraiment quel a été l'impact parce qu'avant 2000 on ne mesurait pas les substances en question dans l'eau potable. Alors, on ne peut pas faire de corrélation, à ce moment-là, entre l'apparition de certaines pathologies et la présence de ce polluant parce qu'on n'a pas les renseignements nécessaires.

Et je terminerais encore une fois en renouvelant notre engagement à la transparence, la confiance également qu'on a envers notre équipe de santé publique de la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine qui supervise le processus avec beaucoup d'attention et qui sont très conscients également du haut degré de sensibilité auprès de la population dont notre collègue a été l'éloquent porte-parole aujourd'hui.

● (12 heures) ●

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Plan d'action concernant la beryllose

M. Picard: Merci, M. le Président. Toujours dans le dossier de Murdochville, il y a eu les cas de beryllose, le beryllium, et il y a eu un rapport de la CSST, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Et il y a eu une série d'actions qui ont été mises en place, dont une qui relève du ministère. On vient dire: La CSST poursuit, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau de santé publique au travail, la réalisation du plan d'action visant l'ensemble

des employeurs du Québec concernés par la présence de béryllium. Lors de ma visite à Murdochville, on m'a indiqué que, l'ancienne l'usine, l'ancienne fonderie de Noranda, il semble qu'actuellement il y a des travailleurs qui montent les éoliennes, parce qu'il y a beaucoup d'éoliennes qui sont mises en place à Murdochville. Et, selon des informations que j'ai obtenues, il n'y a pas eu de décontamination. Donc, je voudrais savoir, là, quel est le plan d'action qui a été mis en place par la CSST en collaboration avec le ministère.

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

M. Couillard: Bien, effectivement, M. le Président, la beryllose est une maladie qui a trait à une exposition des travailleurs dans les milieux... dans les fonderies en particulier. Et on sait qu'au Québec il y a deux exemples semblables, il y a celui de Murdochville, évidemment dont les activités ont cessé, mais il y a également celle de Rouyn-Noranda, la Fonderie Horne, où le même processus est présent.

Je dois dire que, dans ce domaine-là, je pense que le processus a été rendu beaucoup plus transparent. L'enquête de la CSST a été rendue publique à la fin février 2005, et il y a eu une présentation pour les intervenants du ministère du Travail également et de la Santé, je crois, en région, le 15 février. Dans sa présentation, il y a certains éléments historiques qui ont été reconnus, notamment le peu d'attention qui a été apporté à la question avant 2000, de façon individuelle et non pas de façon organisationnelle.

Des recommandations particulières pour le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit de porter une attention particulière, à l'occasion de la formation des intervenants de santé publique, aux connaissances requises sur les contaminants chimiques; identifier la vigilance avec la CSST quant aux nouveaux problèmes, parce que la beryllose doit nous servir de leçon également pour des nouveaux problèmes qu'on pourrait devoir affronter au cours de l'avenir; et revoir le contenu des ententes entre les CLSC et les entreprises pour que le médecin responsable puisse être totalement indépendant et assumer pleinement ses responsabilités de protection de la santé publique. Le député sait que c'est un des éléments qui ont fait l'objet d'une attention particulière lors de l'enquête.

Alors, il y aura une enquête administrative également pour deux autres établissements de la compagnie Noranda sur le même sujet pour vérifier que les politiques et les procédures sont bien suivies: d'une part, la Fonderie Horne à Rouyn-Noranda, également la compagnie CCR, à Montréal, où on me dit qu'il y aurait la même potentialité de problème et des travaux continus qui sont en cours à ce sujet-là. Je pense que, lorsqu'on identifie un problème historique, il faut bien sûr le reconnaître, le corriger mais s'en servir également pour éviter que des situations semblables se reproduisent dans l'avenir.

Le Président (M. Paquin): Merci, M. le ministre.
Mme la députée de Chambly.

Mme Legault: Bonjour, M. le Président.

Le Président (M. Paquin): Bonjour.

Soutien aux organismes communautaires

Mme Legault: Alors, M. le ministre, moi, j'aimerais vous entretenir du financement des organismes communautaires. Au Québec, on sait qu'il y a près de 3 000 organismes communautaires qui sont rattachés à votre ministère. Je dois vous dire que, dans nos circonscriptions, sur le terrain, on sent une certaine inquiétude, là, relative au financement, d'autant plus qu'il y a un petit bruit de tam-tam, là, de fond, là, qui est joué par certains collègues de l'opposition officielle, à l'effet qu'il y aurait un gel dans les programmes SOC. Alors, est-ce que vous pourriez nous dire un peu l'état de la situation?

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. La question de notre consœur nous amène à discuter de l'encadrement et de l'appui à la mission communautaire ou au Programme de soutien aux organismes communautaires, autant au niveau ministériel qu'au niveau régional. Et je pense que les chiffres du passé... En fait, on dispose de données qui remontent maintenant à 1973, puisque ce Programme de soutien aux organismes communautaires existe depuis 1973 et que c'est en 1994, dans la foulée de la régionalisation du système de santé québécois, que la gestion de ce programme a été confiée, pour la plus grande partie, aux agences de développement, alors appelées les régies régionales.

Donc, on connaît la mission de ce Programme de soutien aux organismes communautaires, et il faut reconnaître que le financement de ce programme a augmenté de façon majeure, autant le financement global que le financement moyen par organisme et également le nombre d'organismes. Quelques chiffres qui sont importants: en 1973, il y avait 31 organismes communautaires reconnus dans tout le Québec; en 2004-2005, c'est 2 920 organismes communautaires reconnus autant au niveau ministériel qu'au niveau régional; le soutien financier total est passé de 1 185 000 \$ à plus de 326 558 000 \$ en 2004-2005; et le financement moyen par organisme, ministère et agences confondus, est passé de 38 224 \$ à 111 835 \$. Donc, il y a certainement eu, sur le plan du financement, un effort continu à travers les années pour toujours maintenir cette mission à la hauteur qui est la plus compatible possible avec les budgets disponibles et l'affectation des fonds publics.

Ce qui a été fait en 2004-2005: bien sûr, il y a eu une indexation du Programme de soutien aux organismes communautaires. Il y a eu une récurrence également de certains programmes, notamment les programmes de 8 millions de dollars dont on avait assuré l'existence sur une base non récurrente auparavant. Cette année, au cours des derniers jours, on a annoncé également la récurrence du programme pour la sécurité alimentaire qui avait été débuté sur une base non récurrente de trois ans auparavant. Dans différents secteurs, notamment la violence conjugale, les centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, les organismes de santé mentale, il y a eu des soutiens ponctuels qui sont très importants. Donc, il n'y a pas en fait, en pratique, de gel du Programme de soutien aux organismes communautaires, il y a eu une

progression assez constante des investissements publics dans ce domaine-là. Il faut également reconnaître que, comme partout ailleurs en santé, les besoins augmentent de façon importante, il y a toujours moyen de faire plus et mieux. Mais je pense qu'à travers les années — et ça remonte, je dirais, aux cinq, six, sept dernières années — il y a eu une croissance assez continue du soutien aux organismes communautaires.

Il faut également dire que maintenant — et c'est quelque chose qui préoccupe particulièrement le milieu communautaire — la majorité des sommes qui sont consenties aux organismes, en fait plus de 80 %, sont consenties à la mission globale de l'organisme plutôt qu'à des projets ponctuels ou des programmes de collaboration spécifiques. Et ça, c'est une chose qui est très importante pour l'avenir du milieu communautaire, dont nous connaissons et apprécions la philosophie.

Nous avons également en cours des travaux avec le Regroupement des organismes communautaires sur la question de cette philosophie au cours des prochaines années. J'ai d'ailleurs moi-même rencontré les représentants de ce mouvement au cours des derniers jours, à Montréal. On veut pousser les travaux sur l'encadrement gouvernemental, la reconnaissance, le financement, essayer, entre autres, de donner une vision un peu plus long terme que la vision actuelle pour ces organismes, qui sont souvent dans des conditions précaires, et également bonifier le cadre de référence gouvernemental en action communautaire de façon à ce qu'on ait une complémentarité et une compréhension commune de cette question.

Mais en résumé, M. le Président, je voudrais encore exprimer — et c'est d'ailleurs le cas, et c'est confirmé dans le projet de loi n° 83 et les autres plans d'action qui seront prochainement publiés, autant en santé mentale que celui touchant les personnes en perte d'autonomie — nous reconnaissons entièrement l'autonomie des groupes communautaires, leur participation et l'organisation des services de santé sur une base volontaire et non pas comme prestataires ou sous-traitants, mais dans une base de collaboration complète. Et, lorsque c'est nécessaire, nous le rappelons fréquemment aux administrateurs de notre réseau afin que ceci demeure le cas, parce que c'est une grande richesse, le mouvement communautaire, particulièrement dans les secteurs défavorisés historiquement, et je pense tout de suite au secteur de la santé mentale où les groupes communautaires ont un rôle majeur. D'ailleurs, on a spécifiquement financé, l'an dernier, de façon récurrente deux types de groupes communautaires oeuvrant en santé mentale, les groupes accompagnant les familles et proches des personnes atteintes et également les groupes de défense des droits, des investissements qui avaient été, je crois, salués à l'époque par ces groupes.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Chambly.

Reconnaissance des organismes communautaires s'occupant de santé mentale

Mme Legault: Oui, justement, M. le ministre, j'aimerais continuer un petit peu sur la question des groupes communautaires qui oeuvrent en santé mentale. Avec justement la publication du plan d'action imminente, bon, il y a un certain questionnement, là, dans le milieu,

est-ce que... ils peuvent s'attendre à quoi, là, en termes de collaboration avec le ministère? Quelle place leur réserve-t-on?

M. Couillard: Bien, évidemment, M. le Président, ceci sera apparent lorsqu'on déposera très prochainement le plan d'action en santé mentale où il est bien sûr question du mouvement communautaire, où leur autonomie sera encore une fois reconnue de façon explicite. Il faut reconnaître la plus-value que la présence des groupes communautaires apporte au secteur de la santé mentale, notamment en raison de la diversité d'approche et de services qu'ils apportent à la population, notamment sur la capacité... Et on l'oublie souvent, cette capacité qu'ils ont, ces groupes, de rejoindre les personnes exclues du système traditionnel, par exemple les itinérants ou ceux et celles qui se tiennent volontairement loin des services institutionnels, qui ne veulent pas y accéder par crainte ou manque de confiance. Donc, il s'agit en sorte d'un filet de sécurité qui permet d'aider directement ces personnes en les amenant parfois graduellement à consulter auprès du réseau institutionnel lorsque nécessaire.

Il faut reconnaître donc que ces groupes ont été reconnus, continueront à être reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Des ententes de services pourront être bien sûr conclues avec les instances locales pour certains services spécifiques mais toujours sur une base volontaire, toujours également sur une base qui reconnaît l'autonomie des groupes et également qui demande de la part des organismes communautaires...

Et je suis heureux de dire que la grande majorité des organismes s'acquittent très bien de cette demande. On leur a demandé, là, une reddition de comptes et une transparence la plus vaste et la plus complète possible sur la façon dont leurs activités sont administrées. Les groupes communautaires, les organismes communautaires ont participé activement à la consultation, autant au niveau ministériel que dans les régions, et bien sûr on a tenu compte de leurs remarques quant aux dispositions et aux propositions qui sont contenues dans le plan d'action qui sera bientôt publié.

Le Président (M. Paquin): Ça va, Mme la députée de Chambly?

Mme Legault: Oui.

● (12 h 10) ●

Le Président (M. Paquin): Oui? Donc, Mme la députée de Nelligan, à vous la parole.

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

Mme James: Merci beaucoup, M. le Président. J'aimerais aborder la question, la problématique de l'Hôpital Shriners, de Shriners, avec le ministre. On sait, M. le Président, qu'il y a eu beaucoup de rebondissements dans ce dossier-là depuis quelques années et que les parents, entre autres, sont très inquiets du déménagement possible de l'Hôpital Shriners de Montréal à London, en Ontario, et qu'il y a un mois il y a eu un rapport qui a été déposé, qui recommande aux délégués justement de déménager l'hôpital. Et je sais que le ministre est très préoccupé par cette situation, et il y a eu plusieurs actions qui ont été prises

par rapport à faire en sorte qu'on puisse faire tout ce qu'on peut pour garder l'hôpital chez nous, à Montréal. Alors, je me demandais si le ministre pourrait nous parler un peu de la stratégie et des actions qui ont été prises jusqu'à maintenant pour s'assurer que l'Hôpital Shriners puisse rester au Québec, à Montréal.

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

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Il s'agit d'une question qui est bien sûr préoccupante non seulement pour le gouvernement, mais pour l'ensemble de la population du Québec compte tenu de la grande valeur que cet hôpital représente pour notre système de santé. Il faut noter que l'hôpital existe depuis 1925. Donc, nous avons là un partenariat qui existe depuis 80 ans, et à notre avis il serait fort dommage d'interrompre ce partenariat-là qui a été un exemple de succès depuis son début: 45 500 enfants soignés dans cet hôpital, depuis 1925, et maintenant plus de 60 % de ces patients, de ces enfants sont des Québécois, et la plus grande partie des autres viennent d'une autre province canadienne.

Et ce qui est assez remarquable dans cet établissement, que j'ai eu l'occasion de visiter récemment, c'est de voir à quel point on a réalisé le concept de masse critique ou de réunion d'expertises en unissant — et c'est quelque chose qu'il faut souligner — les gens des deux milieux pédiatriques, autant les milieux de l'Hôpital Sainte-Justine, affilié à l'Université de Montréal, dont une grande partie des médecins pratiquent à l'Hôpital Shriners, dans des secteurs d'excellence comme ceux que je vais mentionner dans quelques instants, que ceux de l'Université McGill, à travers l'Hôpital de Montréal pour enfants. Donc, il y a là une réunion d'experts, une communion, une collaboration entre deux structures universitaires qui fait en sorte que les grands bénéficiaires de ceci sont les enfants qui y sont traités de même que leurs familles.

Au fil des années, l'hôpital a acquis une réputation non seulement nationale, mais internationale dans le traitement de certaines maladies osseuses, particulièrement une maladie héréditaire qui s'appelle l'ostéogénèse imparfaite — en anglais, on appelle ça «brittle bone disease» — une maladie dans laquelle les os fracturent très, très facilement. Et les équipes de recherche du Shriners, notamment pilotées par le Dr Glorieux, qui est un médecin du Québec, ont été à l'origine de très, très grands progrès thérapeutiques. Et on m'a montré, lors de ma visite d'ailleurs, un appareil chirurgical, un clou chirurgical qui est utilisé pour le traitement de cette pathologie-là, qui a été développé à l'Hôpital des Shriners par un chirurgien orthopédiste, le Dr Fassier, qui est actuellement actif dans cet hôpital.

Bien sûr, la recommandation que le comité... C'est un sous-comité en fait du conseil d'administration des Shriners qui a produit cette recommandation. Il ne s'agit pas d'une décision et il faut reconnaître que le Québec a encore de fortes chances de conserver l'hôpital au Québec, puisqu'il ne s'agit que de convaincre le tiers plus un des délégués qui seront présents à Baltimore. Et nous serons présents nous-mêmes à Baltimore avec de nombreux représentants de la société civile et des universités québécoises, l'Université McGill en particulier, pour continuer notre action. Nous avons été très présents dans

ce dossier depuis le début, depuis mars 2003. Avant même l'élection, M. Charest a parlé à la direction des Shriners pour leur exprimer son désir de mener à bien ce dossier-là.

Il faut reconnaître également que des offres très généreuses ont été faites à l'organisation des Shriners pour maintenir leur hôpital chez nous, à Montréal: d'une part, le don d'un terrain d'une valeur de 5 millions de dollars à l'organisation des Shriners, situé sur le campus Glen du projet de l'Université McGill; une subvention également d'un autre 5 millions de dollars par la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants; une exemption de taxes municipales qui va continuer en tant qu'organisation de santé; une indépendance administrative totale sur le plan du conseil d'administration. Donc, en fait, l'ensemble des demandes que les Shriners ont fait parvenir au ministère, à la ville de Montréal également, qui a été un partenaire très utile dans ce dossier-là, l'ensemble de ces demandes ont été accueillies favorablement.

Et nous croyons que Montréal demeure le meilleur choix pour les Shriners en Amérique du Nord. Pourquoi? Parce que d'abord Montréal offre un centre d'excellence en médecine, avec deux facultés de médecine de très haut niveau, des professionnels également de recherche et de traitement qui sont de la plus grande qualité et une équipe... Bon. On parlait, l'autre jour, de la question des orthopédistes pédiatriques; c'est les spécialistes en orthopédie qui ne s'occupent que des enfants. À l'Hôpital Shriners, il y a 13 orthopédistes pédiatriques qui sont disponibles pour traiter les enfants. Il n'y a pas beaucoup d'autres endroits en Amérique du Nord où on peut se targuer d'avoir un groupe aussi nombreux, et bien sûr les activités de recherche dont j'ai parlé tantôt sont extrêmement importantes.

Montréal est une ville internationale qui est facilement accessible de partout dans le monde. L'aéroport international est à moins de 30 minutes de la cour de triage Glenn. Montréal est un important centre métropolitain, 3 millions de citoyens, la deuxième plus grande ville au Canada, une des plus vieilles villes, et c'est une qualité en Amérique du Nord, la ville la plus bilingue au Canada, ce qui est un atout considérable. Une présence de 80 communautés culturelles, il y a 26 langues qui sont parlées à l'Hôpital Shriners par le personnel, et ça, c'est également une richesse considérable.

Alors, nous ne commentons jamais négativement les dossiers ou les propositions des autres villes qui voudraient accueillir cet hôpital, et on les comprend de vouloir accueillir cet hôpital. Nous nous bornons à faire des représentations très insistantes et très affirmatives sur les atouts considérables que Montréal et le Québec ont et dont ils veulent continuer à faire profiter les enfants du Québec et d'ailleurs pour être traités à l'Hôpital Shriners.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Nelligan, est-ce que c'est complet?

Mme James: C'est complet, merci.

Le Président (M. Paquin): D'accord. Donc, M. le député de Rouyn-Noranda.

Mme Legault: ...

Le Président (M. Paquin): Ah! Bien, on va suspendre les travaux pour deux ou trois minutes, rapidement, question de force majeure.

(Suspension de la séance à 12 h 16)

(Reprise à 12 h 19)

Le Président (M. Paquin): ...s'il vous plaît! Donc, nous poursuivons nos travaux, et la parole est à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Ça va être un marathon, M. le Président, que nous allons terminer à minuit, ce soir, et il y a beaucoup de sujets que je souhaite aborder avec le ministre et plusieurs aussi que l'on m'a demandé en fait d'aborder. C'est là le rôle utile que souvent joue l'opposition.

• (12 h 20) •

J'aimerais revenir sur la question des organismes communautaires et du financement qui leur est attribué dans le cadre des crédits que nous étudions présentement. Je comprends que le ministre nous a annoncé une politique nouvelle en matière d'encadrement gouvernemental, j'aimerais qu'il le précise et qu'il nous indique les orientations gouvernementales en cette matière.

Orientations en matière de sécurité alimentaire

J'aimerais également qu'il nous indique comment il entend donner suite à la demande qui lui a été transmise par le Collectif des cuisines collectives — c'est le cas de le dire. C'est un regroupement québécois qui lui a fait parvenir une demande de financement qui représente un montant important, mais on sait le rôle que jouent les cuisines collectives.

La semaine dernière, j'ai pris connaissance de l'échange qu'il a eu avec Mme la députée de Chambly, à l'occasion duquel échange il a annoncé un investissement annuel de 3,4 millions de dollars, investissement qui, jusqu'à maintenant, a été consenti pour la mise en oeuvre d'un programme de sécurité alimentaire. Alors, je voudrais être bien sûre que ce 3,4 millions de dollars qui est reconduit, puisque c'était l'équivalent des montants qui avaient été investis en 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005, ce sont des montants qui vont être attribués en sécurité alimentaire. Le 10 millions qui avait été annoncé, je le rappelle, en 2001-2002, était un montant octroyé pour la mise en oeuvre d'un programme de sécurité alimentaire de manière à soutenir les interventions tels la mise sur pied de cuisines collectives, la création de coopératives alimentaires, de regroupement d'achats, le développement de jardins collectifs et d'autres projets de même type, alors des projets qui visent à améliorer l'autonomie des familles quant à leur situation alimentaire.

J'ai la fierté toujours de rappeler que la première cuisine collective au Québec est née dans Hochelaga-Maisonneuve et qu'on en dénombre 1 800 maintenant à travers le Québec, que ces cuisines collectives rendent des services aux familles mais aussi rendent des services aux personnes âgées — je pense aux hommes en particulier qui, de plus en plus nombreux, s'inscrivent aux cuisines

collectives au moment où ils sont à la retraite — mais de plus en plus offrent des services aussi aux enfants. Et il y a des très beaux projets, M. le Président, qui ont débuté dans mon quartier — j'espère qu'ils vont se propager à travers le Québec — et qui associent les écoles à un développement de saines habitudes alimentaires de manière telle que... Autant pendant les heures de classe qu'après les heures de classe, mais, pendant les heures de classe maintenant, des projets pédagogiques liés à des saines habitudes alimentaires permettent même aux enfants de préparer des repas, de faire des mathématiques, des calculs sur les menus, de faire leurs dictées sur les menus également ou sur l'apprentissage de nouveaux légumes, de fruits. En fait, c'est très intégré de la maternelle à la sixième année. Alors, ce sont là des projets extrêmement importants.

Les cuisines collectives ont présenté un projet de financement des groupes de cuisine collective qui est important, mais je pense que leur mobilisation du Québec, des Québécoises et des Québécois, sur cette question alimentaire est très, très importante. Alors, est-ce qu'il faut comprendre que leur demande d'appui financier est encore à l'étude on si le 3,4 millions, qui depuis trois ans... — ce sera la quatrième année qu'il est consenti à la sécurité alimentaire — va rester le même sans qu'il y ait, disons, de bonification?

M. Couillard: Bien, M. le Président, c'est déjà bien que le programme ait été rendu récurrent, parce que c'est un gros problème d'hériter de programmes de deux ou trois ans non récurrents pour lesquels on n'a pas prévu de fonds à long terme. Et le fait qu'on a dû faire ça déjà à une reprise pour 8 ou 9 millions de dollars de projets communautaires qui avaient été accordés sur des bases non récurrentes, qu'on a rendus récurrents... Et on a été heureux de le faire également pour le programme de sécurité alimentaire. Il faut dissocier les deux. Il y a le programme de sécurité alimentaire, qui est la récurrence du programme de 10 millions sur trois ans qui avait été annoncé sur une base non récurrente par le gouvernement précédent, qui comprend deux types de mission. Il y a la mission de la sécurité alimentaire, des banques alimentaires et également les cuisines collectives.

J'ai moi-même visité une de ces cuisines. Je pense que Mme la députée a... Je ne sais pas si elle se souvient que j'ai mentionné avec fierté avoir confectionné moi-même un volumineux et succulent pâté au poulet à l'occasion de ma visite d'une cuisine collective de Québec.

Une voix: ...

M. Couillard: Oui, volumineux, il était très, très grand, succulent d'après l'avis unanime des personnes qui l'ont goûté, M. le Président.

Alors donc, d'une part, nous continuons le financement de ces 10 millions sur trois ans, donc 3,4 millions sur une base récurrente. Ce qui avait été mis en place par le gouvernement précédent, nous le continuons. C'est-à-dire que nous voulons discuter la répartition de cet argent-là autant pour les organismes tels que Moisson Montréal ou Moisson Estrie que pour les cuisines collectives. Jusqu'à maintenant, ça s'est fait sur la base de projets. Par exemple, en 2002-2003, il y avait eu 250 projets qui ont été subventionnés, 215 projets l'année suivante. Évidemment, les projets se modifient, il y en a qui

s'unissent les uns aux autres. Et on veut discuter avec les intervenants du milieu, autant les organismes de banques alimentaires que les cuisines collectives, quant à la façon dont ce 3,4 millions récurrent et indexé va être utilisé.

L'autre demande — et je suppose que c'est à ça que la députée de d'Hochelaga-Maisonneuve fait allusion — il y a une demande séparée du milieu des cuisines collectives pour une assistance financière supplémentaire et spécifique. C'est à l'étude actuellement par les gens de la santé publique. Il faut savoir que tout le problème de la sécurité alimentaire est chapeauté par la santé publique au Québec dans le cadre du Programme national de santé publique. Donc, cette demande est à l'étude par les organismes de santé publique et également le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale qui vont, je suppose, dans quelques semaines... je n'ai pas de date d'échéance précise, mais qu'ils sont en train d'en faire l'étude et ils vont nous donner leurs conclusions, je le crois, au cours des prochaines semaines.

Donc, deux choses: d'une part, la récurrence des montants jusqu'à maintenant accordés et, d'autre part, une demande supplémentaire et spécifique du milieu des cuisines collectives qui est actuellement à l'étude.

Gestion des programmes destinés aux organismes communautaires

Mme Harel: M. le Président, un irritant qui est souvent soulevé par ces centaines d'organismes qui sont déployés sur tout le territoire du Québec, c'est la bureaucratie qui est doublée du fait d'avoir à la fois à présenter des projets à l'agence régionale mais dans le cadre de la programmation de soutien aux organismes communautaires appelée couramment SOC et d'avoir également à présenter des projets toujours à la même agence régionale mais, cette fois, dans le cadre de la Direction de santé publique, l'impression étant que c'est la même boîte postale mais des formulaires différents, des critères différents, des fonctionnaires différents, des attentes différentes. Alors ça, c'est vraiment un irritant majeur, c'est-à-dire finalement de confier à des directions des agences régionales l'administration de programmes. Il y a parfois des organismes, M. le Président, là, qui doivent faire affaire avec beaucoup de ministères, et quand, dans le même ministère, il y a beaucoup de portes d'entrée, ça devient très compliqué. Alors, est-ce qu'il est de la volonté du ministre de regarder cette question-là?

Il y a trois ans, lorsque le projet de sécurité alimentaire avait été annoncé... Je crois, parfois, que c'est une bonne chose que ce ne soit pas tout de suite permanent, c'est-à-dire que le temps nous révèle ceux des projets qui doivent être conservés. Je pense que c'est parfois sage de débiter — que ce soit à la main-d'œuvre ou que ce soit, par exemple, à Emploi-Québec ou à l'immigration — c'est parfois sage de débiter avec des projets pour lesquels il y a un démarrage et, par la suite, un bilan qui permet de continuer. D'ailleurs, le ministre lui-même a utilisé cela en retardant la création de nouveaux GMF puis en disant qu'il voulait en faire le bilan avant de continuer à accepter, si vous voulez, de nouveaux groupes de médecine familiale. C'était il y a deux ans, là. En fait, je ne voudrais pas qu'il l'oublie.

Mais, ceci dit, si je ferme la parenthèse, là, il reste que je crois qu'il y a un examen à faire de la gestion

de ces programmes, la gestion gouvernementale de ces programmes, pour s'assurer que, si c'était la porte d'entrée, il y a trois ans, au niveau de la santé publique, peut-être faut-il maintenant réexaminer si cela doit demeurer.

● (12 h 30) ●

M. Couillard: Bien, M. le Président, le parallèle avec les GMF est un peu élastique, on y reviendra probablement au cours... Mais c'est de bonne guerre. Il faut... Je ne pense pas qu'on veuille... Ici, il y a deux choses à réconcilier, et je ne pense pas que ce soit la volonté de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve de remettre en question la régionalisation du SOC et puis la gestion, par les agences régionales, de ce programme-là qui d'ailleurs a augmenté, au livre des crédits, de 12,7 %, alors que le fonctionnement des agences a diminué, comme on a entendu tantôt. Donc, c'est une démonstration de plus que l'un n'empêche pas l'autre et, au contraire, l'un favorise peut-être l'autre parce qu'on libère plus de ressources pour financer les services directs à la population autant dans les établissements du réseau que dans les organismes communautaires. Alors, c'est précisément la question de la distribution qui va être au centre des conversations entourant la récurrence du 3,4 millions.

Mais il y a donc deux éléments à réconcilier. Il y a, d'une part, la question de l'autonomie des agences régionales dans l'attribution des subventions, et, d'autre part, on veut absolument que ces projets s'inscrivent dans la logique du Programme national de santé publique. Et je pense que, là-dessus, on va être unanimes, autour de l'Assemblée, pour ça. Il faut donc trouver une façon d'éviter cependant que les organismes aient à déposer trois, quatre demandes à plusieurs adresses. Peut-être qu'on pourrait imaginer un guichet unique, et par la suite les études seraient faites de part et d'autre. On va certainement y réfléchir et tenir compte des remarques des groupes en la matière, M. le Président.

Nouvelles inscriptions dans les facultés de médecine

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais poursuivre là où nous avons laissé l'échange, la semaine dernière, sur les nouvelles inscriptions dans les facultés de médecine. La question est très simple, combien de nouvelles inscriptions ont été autorisées pour septembre prochain?

M. Couillard: Alors, juste quelques secondes, M. le Président, on va sortir les chiffres en question.

(Consultation)

M. Couillard: Je suis prêt...

Le Président (M. Copeman): Oui. Ah oui, vous êtes là!

M. Couillard: Je m'excuse de vous déranger, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Aucun problème, vous ne nous dérangez pas.

M. Couillard: On aura les nombres globaux dans quelques instants. Pour les augmentations de contingent

régulier, en 2003-2004, il y a eu 55 de plus qui bien sûr se reconduisent année par année et, en 2004-2005, 50 de plus dans le contingent régulier. Et bien sûr tous ces nombres vont se reproduire au cours des prochaines années.

On connaît également l'impact des augmentations d'accueil des étudiants étrangers à l'intérieur des programmes de résidence, où on est passé de cinq en 2002-2003 à 58 en 2005-2006.

Et il faut ajouter également qu'il y a les projets de campus satellites qui permettent d'augmenter la capacité d'accueil, puisque le campus de Trois-Rivières permet l'accueil de 32 candidats de plus en 2005-2006, et celui de la Sagamie, qui devrait débiter en septembre 2006, 24 étudiants de plus.

Donc, la réalisation de ces deux projets, avec l'augmentation d'accueil d'étudiants étrangers, devrait nous permettre de remplir l'engagement d'avoir plus de 750 ou au moins 750 candidats de plus en formation sur cinq ans donc compte tenu de ce qu'on avait espéré maintenir comme chiffre. On sait que le besoin en main-d'œuvre médicale augmente continuellement.

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

Mme Harel: M. le Président, ma question est simple, là, en septembre prochain, combien de nouvelles inscriptions? En première année, évidemment, là.

(Consultation)

M. Couillard: Bon, M. le Président, je m'excuse des retards, il s'agit de chiffres importants, puis je dois faire preuve d'une certaine prudence parce que la politique n'est pas encore officiellement approuvée par le Conseil des ministres. On peut déjà en donner l'aperçu, puis les facultés de toute façon travaillent sur ces chiffres d'admission.

En 2004-2005, il y a eu 716 admissions d'étudiants québécois par rapport à 664 en 2003-2004, et 52 de ce qu'on appelle les autres contingents, notamment des étudiants étrangers; en 2005-2006, 748 étudiants québécois par rapport à 716, incluant la cohorte qui a commencé à Trois-Rivières — effectivement, c'est là que l'impact de cette cohorte commence à se faire sentir — et 50 d'autres candidats; en 2006-2007, il y aura une autre augmentation d'étudiants québécois, on passera de 748 à 772, et ça, c'est la cohorte qui normalement devrait commencer à la Sagamie en collaboration avec l'Université de Sherbrooke.

Donc, les grosses augmentations de cohortes, 2005-2006 et 2006-2007, sont strictement liées à l'ouverture des deux campus satellites, d'une part, celui de Trois-Rivières pour 2005-2006 avec l'Université de Montréal et, d'autre part, celui de la Sagamie pour 2006-2007 avec l'Université de Sherbrooke qui bien sûr n'est pas encore confirmé officiellement, mais les travaux sont en cours pour qu'on soit au rendez-vous en septembre 2006. Et c'est ça.

Formation de médecins en région

Mme Harel: Alors, le ministre fait état, là, justement des ouvertures d'inscriptions à Trois-Rivières. Il a donc confirmé la première année à Trois-Rivières. Est-ce que tout est maintenant réglé? Il y a eu des problèmes immobiliers, est-ce qu'ils sont corrigés?

M. Couillard: Oui, effectivement, il y a eu des conversations — je ne dirais pas des problèmes, c'est des conversations normales dans tous les gouvernements — entre les gens de la Mauricie, et de l'Hôpital de Trois-Rivières, et de l'agence, et de l'Université du Québec à Trois-Rivières, et du ministère de l'Éducation. Ces écueils sont maintenant surmontés, on s'est entendus sur la façon de développer les immobilisations pour permettre de conserver la cohorte tout le long du cours de médecine.

Je ne sais pas, l'autre jour, on me dit — puis ce n'est pas moi qui ai vu le reportage, c'est un de mes collègues de la Mauricie — qu'il y a eu un reportage sur la cohorte d'étudiants qui est là. Et c'est intéressant parce qu'il y avait des étudiants de Montréal dans cette cohorte qui disaient que jamais ils n'auraient voulu faire un autre choix que celui de commencer leur formation médicale en région. Je pense que c'est très, très bien. Et on a le même type de conversation actuellement pour le projet de Sagamie et de Sherbrooke pour que les installations en immobilisations se concrétisent.

Ce qu'on a voulu également et ce sur quoi on a voulu insister avec nos collègues du ministère de l'Éducation, c'est que, dans chaque cas, il y ait des collaborations très concrètes entre l'université marraine, qui a la faculté de médecine, que ce soit l'Université de Montréal ou l'Université de Sherbrooke, et la constituante du réseau de l'Université du Québec qui est sur place, de façon à ce qu'on fasse participer les gens de l'Université du Québec, par les locaux notamment et par certains professeurs pour les sciences de base, à ce programme qui est très bien accueilli en région et qui représente une forme de solution structurante pour le problème d'effectifs médicaux en région et certainement, comme on le disait de plusieurs sources, là, un pas en avant pour la question des effectifs médicaux en région, puisque, si on est exposé à la pratique et la vie en région, on a plus de chances de vouloir s'y installer une fois nos études médicales terminées.

Mme Harel: Alors, M. le Président, est-ce que les aménagements requis et les budgets afférents sont maintenant connus pour la Sagamie?

M. Couillard: Ils sont actuellement en discussion. On sait qu'on doit terminer ces discussions normalement au cours du mois de juin pour que l'Université de Sherbrooke... — et je parlais récemment au doyen d'ailleurs de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, le Dr Hébert — pour qu'ils soit en mesure de débiter la formation comme prévu en septembre 2006. Il s'agit essentiellement d'investissements de deux types: d'une part, des investissements de fonctionnement du ministère de l'Éducation pour les professeurs, l'encadrement clinique, et, d'autre part, des demandes d'immobilisations qui ont été acheminées par l'Université du Québec à Chicoutimi pour le rehaussement de certains locaux de façon à accueillir les cohortes là-bas. Mais je n'ai pas de raison de penser que ces conversations n'aboutiront pas. Je pense qu'on peut être très optimistes sur cette question parce qu'il y a une nette volonté de notre part — et je pense que c'est partagé par tous les collègues — que ce genre de projet là aille de l'avant.

Et il y a deux autres facultés de médecine qui n'ont pas encore choisi d'avoir le même modèle, mais, qui sait, peut-être que, dans l'avenir, elles voudront

également, autant l'Université Laval que l'Université McGill, explorer ce genre de possibilité. Parce qu'il y a d'autres lieux au Québec où théoriquement on retrouve une constituante de l'Université du Québec et une masse critique de professeurs cliniciens qui seraient éventuellement en mesure d'accueillir des étudiants, mais ceci demeure du ressort des universités, il faut bien sûr que le désir vienne d'elles-mêmes dès le début.

● (12 h 40) ●

Mme Harel: Je comprends, M. le Président, que, par exemple, dans le cas du dossier de la Sagamie... je crois que le calendrier prévoyait pour début juin — c'est dans quelques jours seulement, là — une annonce importante, hein, n'est-ce pas, pour la suite des choses alors que les budgets seront octroyés par le ministère de l'Éducation, tel que la demande en a été transmise par l'Université du Québec à Chicoutimi. Est-ce que c'est ce qu'il faut comprendre?

M. Couillard: Bien, là, évidemment, je ne répondrai pas pour mon collègue de l'Éducation, Sport et Loisir, mais il est très, très impliqué dans ce dossier-là et il veut certainement, là, le voir se mener à terme. Dans les échéanciers, à peu près tous ceux qui ont été fixés par l'Université de Sherbrooke, il faut se méfier un peu de ces échéanciers parce que la députée le sait, elle a été au gouvernement, il y a toujours des pressions qui se font dans les derniers milles, dernières minutes de conclusion d'un dossier. Mais, nous, on veut conclure ce dossier-là de façon à garantir les fonds d'immobilisations et les budgets de fonctionnement de façon à ce que les étudiants soient accueillis en septembre 2006 et effectivement on va être très heureux de l'annoncer dès que ce sera concrétisé.

Mme Harel: Et, pour Trois-Rivières, vous nous dites que les budgets de fonctionnement et les aménagements ont déjà été autorisés.

M. Couillard: Oui, on a autorisé l'agence à développer le projet tel que prévu pour le versant hospitalier. Pour le versant de l'éducation également, c'est réglé. Pour le versant des locaux également, on a eu une entente. Et je crois d'ailleurs que le campus de Trois-Rivières a été visité par l'organisme qui fait l'agrément des facultés de médecine au cours des dernières semaines, et on me dit que la visite s'est très bien passée. Je n'ai pas eu le rapport encore, mais c'est une visite informelle du comité d'accréditation, et semble-t-il qu'on a été en mesure, là, de répondre à toutes les questions.

Mme Harel: Alors, M. le Président, puisque le dossier de Trois-Rivières est clos d'une certaine façon, peut-on demander au ministre d'avoir un état de la situation, c'est-à-dire les aménagements et les coûts de fonctionnement qui sont alloués à l'ouverture de ces places d'enseignement à la Faculté de médecine... à la succursale en fait, là, à la filiale plutôt de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières?

M. Couillard: Alors, ce n'est pas un campus de l'Université de Montréal qu'on veut... c'est une antenne de la Faculté de médecine qui est en collaboration avec

l'Université du Québec à Trois-Rivières. Je pense qu'il faut être très prudent, hein, dans ce dossier-là, dans le choix des termes.

Alors, pour ce qui est des immobilisations, là, le dossier, autant l'unité de médecine de famille que l'auditorium, ces projets-là ont été finalisés. Pour les budgets de fonctionnement qui touchent le versant hospitalier, l'agence a eu la mission et l'instruction de mener ce dossier à sa conclusion, là, pour que les sommes soient disponibles à l'arrivée physique des étudiants à l'hôpital. Il faut savoir qu'ils ne sont pas tout de suite à l'hôpital, là, c'est dans environ un an qu'ils vont être physiquement présents de façon continue à l'hôpital — un an et demi même, on me dit — et, à ce moment-là, les sommes prévues seront là.

Ce qu'il faut également aborder avec prudence — et je sais que certainement la députée est en contact avec les gens de la Mauricie — il faut faire attention de ne pas succomber à la tentation de tout réunir les dossiers d'immobilisations d'une région sous l'ombre d'un dossier en développement. C'est une tendance qui existe et qu'on reconnaît, et il faut dissocier ce qui est nécessaire pour la croissance de l'hôpital, les croissances en termes de services cliniques, ce qui est déjà prévu selon un échéancier normal et ce qui est nécessaire à court terme véritablement pour l'aspect d'éducation et la formation des étudiants. C'est essentiellement le travail qu'on a fait avec l'Université de Montréal, et l'Hôpital de Trois-Rivières, et l'agence régionale. Mais encore une fois tout suit son cours normalement, et il n'y a pas de problème à l'horizon.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je souhaiterais qu'on puisse maintenant aborder...

Le Président (M. Copeman): Excusez-moi, si on change de sujet, il faut que je change de côté parce que c'est passé 20 minutes.

Mme Harel: Non, non, non. On a justement convenu ensemble, là...

Une voix: ...

Mme Harel: Est-ce que le 20 minutes est écoulé?

Le Président (M. Copeman): Oui, oui, oui, et en plus.

Mme Harel: En plus?

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: Non, ce n'est pas en plus.

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: Seulement.

Le Président (M. Copeman): Non, non, en plus.

Mme Harel: Non, parce qu'on a convenu que, dans un même 20 minutes, on abordait plusieurs sujets.

Le Président (M. Copeman): Non, non, non. Non, non, mais ce que je veux dire, c'est que nous avons déjà...

Mme Harel: Plus que 20 minutes.

Le Président (M. Copeman): C'est ça. C'est ça, nous avons...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, oui, exact. C'est ça que je voulais communiquer à la députée.

Mme Harel: D'accord, merci.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de Saint-Jean, après cette petite confusion, la parole est à vous.

Mesures visant à contrer le virus du Nil occidental

M. Paquin: Maintenant que tout est rentré dans l'ordre, je vais prendre la parole avec beaucoup de plaisir, M. le Président. J'aimerais aborder une question de santé publique si vous me permettez. On sait que la saison estivale est à la porte — du moins, on souhaite que ça arrive très, très rapidement — et, à date, bien ce n'est pas à la hauteur de nos attentes, malheureusement.

M. Bernard: Il fait beau en Abitibi.

M. Paquin: Il fait beau, oui? Bon. Bien, on va aller faire un tour, là, dans le comté de notre collègue. Donc, nous allons, avec cette saison estivale, sûrement entendre parler et avoir des précautions à prendre pour le fameux virus du Nil qu'on sait que, par le passé, a causé beaucoup d'inquiétude et de problèmes. Et ce virus, ça a progressé aussi bien aux États-Unis qu'ici, au Canada, depuis deux ans, et donc avons-nous été suffisamment vigilants au cours des dernières années pour prendre des mesures de contrôle et d'information vis-à-vis de la population, qu'on sait est très inquiète à ce niveau-là? Est-ce qu'en 2005-2006 nous allons prendre les moyens nécessaires pour contrer ce virus-là, surtout qu'on sait qu'avec le beau temps les insectes piqueurs susceptibles de transmettre le fameux virus vont être là? Qu'avons-nous fait pour... avons-nous pris des décisions positives pour contrer ce virus pour 2005-2006? Est-ce qu'il y a des gestes qui ont été posés?

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Effectivement, on remarque une diminution de l'activité en fait du virus du Nil occidental. C'est vrai qu'il y a eu une forte augmentation vers 2002-2003, 2003-2004, mais par la suite l'activité a diminué. On voudrait certes s'en attribuer le mérite exclusif, mais il faut être modeste, il y a probablement eu un changement de pattern épidémiologique de la maladie également, de dispersion du virus. Et, vous avez raison, la saison estivale arrive. On commence à peine à la sentir ici, à Québec, mais j'étais à Chisasibi, hier, il faisait 23 °, 24 °. Alors, si on veut sentir l'été, c'est à la Baie-James qu'il faut aller.

Donc, effectivement, l'an dernier, en 2004, seulement 25 cas humains d'infection par le VNO ont été détectés, donc une forte baisse par rapport à ce qu'on a recensé au Québec et au Canada, parce que particulièrement des provinces de l'Ouest, Saskatchewan entre autres, étaient très lourdement touchées par le virus du Nil occidental. Et, sur les 25 cas, il y a eu trois seulement au Québec, des cas humains, et aucun décès n'est survenu au Canada l'an dernier. Il y a eu deux personnes qui ont été contaminées ou infectées suite à un voyage aux États-Unis, dans une zone positive aux États-Unis. Une de ces personnes est originaire de l'Ontario, et l'autre, du Québec.

Il y a également eu une diminution marquée du nombre d'oiseaux... Vous savez que le virus se transmet par les oiseaux qui sont piqués par les moustiques, et les moustiques par la suite le transmettent aux humains. Et le nombre d'oiseaux positifs, qui fait partie de la surveillance qu'on fait sur le territoire, a diminué, de même que le pool de moustiques positifs également a beaucoup diminué par rapport à l'année 2003. Donc, on est devant une diminution ou un changement positif dans le pattern ou la caractéristique de cette infection-là, mais on continue cependant à maintenir nos actions, là, de prévention.

On a modifié, en 2004, les programmes d'épandage pour bien les concentrer à l'endroit où l'activité humaine avait été démontrée, de même que des activités en termes d'oiseaux contaminés ou de pools de moustiques également infectés. Il y a un accroissement également dans certaines régions. Et on fait un bilan région par région, et ça nous permet, en 2005, de réorganiser la réponse. Un nouveau plan d'intervention est en cours de dépôt au gouvernement là-dessus, et on sait que la possibilité d'utiliser des larvicides préventifs, dans certaines zones ciblées cependant, peut continuer à diminuer la probabilité d'utiliser des adulticides, donc des substances qui tuent les moustiques adultes en cours de saison.

On a également identifié les régions les plus à risque. Il s'agit de la région de la métropole, celles de Laval, des Laurentides, de l'Outaouais et de la Montérégie, certaines sous-régions de la Montérégie en particulier qui sont plus à risque, et on a un œil assez étroit sur la Capitale-Nationale, la Mauricie et Centre-du-Québec, l'Estrie, Chaudière-Appalaches et Lanaudière. Mais en résumé on va continuer la même philosophie que ce qu'on a fait au cours des deux dernières années, c'est-à-dire une surveillance continue non seulement de l'activité humaine, de l'infection... Et il faut se souvenir que les cas humains en général se manifestent à la fin de l'été, donc pas maintenant, à la fin de l'été, et, avant l'apparition des cas humains, bien la surveillance des animaux, des oiseaux morts et des pools de moustiques contaminés par le virus... ce qui nécessite des efforts et des investissements considérables, mais il est certain que le jeu en vaut la chandelle.

Et on va bien sûr surveiller, cette année, quelle est la distribution épidémiologique de l'infection. Si on constate que l'infection est en chute libre partout en Amérique du Nord, et notamment dans nos régions, on pourra peut-être se permettre de diminuer un peu le niveau d'intensité des actions, mais on veut le faire de façon très prudente et sur la base des recommandations de nos spécialistes de la santé publique.

M. Paquin: Merci. Ça va.

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

● (12 h 50) ●

M. Bernard: Merci, M. le Président. Je vais continuer un peu dans la même veine et pour parler de pandémie d'influenza. Mais, juste pour terminer, je crois qu'il y a eu un cas l'année dernière, un premier corvidé au Témiscamingue qui a été trouvé infecté, c'était le premier. Le programme est en place et incite les gens, à toutes les fois qu'ils voient des corbeaux ou des corneilles décédés, de les envoyer pour analyse, et les gens répondent très bien aussi à cet appel-là, la population.

Mesures visant à contrer une éventuelle pandémie de grippe aviaire

Donc, je voudrais, M. le Président, parler au ministre de la pandémie d'influenza. On sait que, depuis quelques années, il y a eu de nombreux cas de grippe aviaire en Asie, puis on en parle... Surtout aussi, en tant qu'adjoint parlementaire du ministre de l'Agriculture, hier, en préparation de crédits, on parlait, entre autres, de santé animale. Alors, quand on parle de santé animale, effectivement, souvent, ça se transmet à la population, et les gens travaillent de concert justement pour mettre en place des systèmes sécuritaires. Donc, beaucoup de cas de grippe aviaire majeurs en Asie, mais également on a eu des cas en Colombie-Britannique. Si les gens se rappellent de l'abattage de nombreuses quantités de poulets d'élevage, ça a été très, très, très médiatisé. Et on sait donc qu'il y a des craintes, là, des possibilités de mutation, puis les gens parlent souvent de transmissibilité vers l'être humain. Alors, je pense que les autorités internationales, entre autres, reconnues en santé publique de plusieurs pays et même l'Organisation mondiale de la santé ont recommandé de se préparer à faire face à une éventuelle pandémie, puis à laquelle, là, seraient associés des taux de mortalité assez élevés puis également donc un impact social majeur.

Alors, M. le Président, j'aimerais demander, là, au ministre comment le Québec réagit à cette pandémie-là possible d'influenza, telle qu'annoncée. Est-ce que le Québec s'est préparé avec des plans d'intervention d'urgence et de concert, si jamais, avec aussi du côté de la santé animale? Alors, c'est un peu pour savoir où qu'on s'en va, M. le ministre, à cet égard-là.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Il s'agit effectivement d'une question qui est maintenant discutée publiquement, on le sait, dans les médias d'information, parce qu'on sait que les autorités internationales qui sont reconnues en santé publique dans plusieurs pays de même que l'Organisation mondiale de la santé — et il y avait récemment un intervenant de l'Organisation mondiale de la santé qui intervenait à ce propos — demandent à tous de se préparer à une pandémie éventuelle. Il faut quand même rassurer les gens qui nous écoutent, là, il n'y a pas de pandémie actuellement. On va expliquer quelle est la différence entre tous ces termes-là, mais se préparer à la survenue de cette pandémie qui effectivement, si elle devait arriver chez nous, et on souhaite qu'elle n'arrive jamais... On prend des précautions, mais on souhaite que ce ne soit jamais nécessaire. Une pandémie pourrait

potentiellement être associée à une mortalité importante et une désorganisation sociale assez prononcée également. Donc, c'est notre responsabilité, comme gouvernement, de nous préparer pour la question.

Il faut rappeler que — et je pense que notre collègue l'a bien mentionné — les cas jusqu'à maintenant au Canada ont été des cas animaux, il n'y a pas eu de cas humain de grippe aviaire. Et en fait le virus n'a pas encore incorporé les gènes humains, donc il n'y a pas encore eu de mutation du virus de façon à dépasser ce qui se produit actuellement en Asie. La crainte que les scientifiques ont, c'est que le virus pourrait incorporer dans sa chaîne nucléaire des parties des gènes humains et là devenir excessivement virulent et transmissible entre les humains et non seulement entre l'oiseau et l'humain.

Donc, il y a un plan de lutte qui a été développé par l'OMS et plusieurs pays, dont le Canada, et c'est un élément, M. le Président, où la coordination entre le gouvernement du Québec et les autres gouvernements canadiens, fédéral ou ceux des autres provinces, est absolument essentielle. Comme je l'ai expliqué à plusieurs reprises, les épidémies et les bactéries, les virus ne connaissent pas les frontières ni celles de juridiction. Alors, il s'agit de mettre en commun nos ressources pour faire face ensemble à cette circonstance. Donc, il y a un plan ministériel qui est en phase finale de rédaction, qui sera par la suite acheminé aux agences régionales de façon à planifier tout le déploiement d'une réponse coordonnée et rapide en cas de pandémie.

Ce qui peut être encourageant, si on le veut, en espérant toujours qu'on n'ait jamais à vivre cet épisode-là, c'est que la pandémie, on la verrait probablement venir. En termes géographiques, elle se déplacerait probablement dans notre direction, mais, compte tenu du déplacement rapide des populations, notamment par voie aérienne, il n'est pas exclu que des cas puissent se présenter de façon inopinée, comme ça a été le cas pour le SRAS d'ailleurs en Ontario il y a deux ans. Il faut donc un soutien, là, continu des autorités de santé publique régionales.

On a besoin de temps pour la préparation de ce plan, donc on espère avoir le temps devant nous. On croit l'avoir également devant nous. Et il faut se coordonner encore une fois avec Santé Canada pour, entre autres, acheter des antiviraux. Il n'y a pas d'antibiotique, les antibiotiques ne sont pas efficaces contre les bactéries, ils ne sont efficaces... Les antibiotiques ne sont efficaces que contre les bactéries, pas contre les virus. Donc, on a des antiviraux disponibles, qui ont été achetés à des millions de doses, au Québec, qui sont d'ailleurs itémisés au livre des crédits... «Itémisés», ce n'est pas français, hein, qui sont identifiés au livre des crédits de façon... Je pense que c'est 11 millions de dollars qui sont affectés à cette somme. Il s'agit d'acheter des millions et des millions de doses d'antiviraux partout au Québec. Et là-dessus il y en a une partie qui est affectée spécifiquement au Québec pour qu'ils soient stockés chez nous et entreposés chez nous. Une première tranche de 3,8 millions de doses a été livrée et entreposée le 31 mars 2005 et une deuxième tranche de 6 millions de doses doit être livrée d'ici le 31 mai 2005, donc au cours des prochains jours. Et il s'agit d'être prêts, tout en espérant encore une fois que toute cette préparation ne soit jamais nécessaire. Mais de toute façon cette mise en tension du réseau et

cette préparation seront utiles pour d'autres événements dans l'avenir qui pourraient survenir en termes de menaces à la santé publique.

On a également en tête... et non seulement en tête, mais commencé à agir avec des exercices de simulation. On a fait un premier exercice de simulation qui ne servait qu'à mettre en tension le réseau, vérifier la rapidité de réponse des gens qui étaient dans la chaîne d'intervention. On prévoit faire d'autres simulations, cette fois beaucoup plus concrètes, d'une situation pratique. Évidemment, on ne dévoilera pas ni l'endroit ni le lieu où cette simulation tiendra place, mais on veut être prêts et on sera prêts bien sûr, M. le Président, tout en sachant que cette infection, si par malheur elle devait se disséminer sur la planète, serait excessivement mortelle et dangereuse.

M. Bernard: Oui. M. le ministre, juste à titre informatif pour les gens qui nous écoutent, comme vous disiez, la distinction entre «épidémie» et «pandémie», il serait peut-être intéressant de l'expliquer aux gens.

Et l'autre question, je me demandais: À ma souvenance, la fameuse grippe espagnole était un cas de... était-elle un cas de mutation de grippe aviaire?

M. Couillard: Non, la grippe espagnole était un virus d'influenza comme ceux qu'on a à chaque année, mais particulièrement virulent. On n'a pas réussi à identifier encore le virus en question. Il y a eu des études qui ont été faites sur les corps des personnes qui ont été exhumées à l'époque, en 1918, mais on n'a pas réussi vraiment à identifier le virus. Mais il ne s'agit probablement pas de la grippe aviaire. On ne peut pas le déterminer de façon précise parce qu'on n'a pas le virus sous la main — façon de parler — mais ce n'est probablement pas la même situation.

Vous parliez des différences de termes. Il y a trois mots qui se terminent par «démie», il y a «endémie», «épidémie» puis «pandémie». «Endémie», c'est un endroit où, très localisée dans une population identifiée, il y a perpétuation d'une infection. Par exemple, dans une population hospitalière, on peut dire qu'on a une endémie, un type d'infection nosocomiale, par exemple. Une épidémie, ça déborde et c'est localisé dans la communauté mais à l'intérieur de frontières qu'on peut reconnaître ou de limites qu'on peut reconnaître. Tandis qu'une pandémie, bien c'est toute la planète qui est atteinte, et ça a été le cas lors de la grippe espagnole en 1918.

Chaque année, on a une pandémie d'influenza et on en a eu une cette année, là. Et, chaque année, on prépare les vaccins en utilisant les souches de l'année précédente et en faisant le pari que celle de cette année va ressembler à la souche de l'année précédente, ce qui en général est assez efficace. Mais, à chaque année, entre décembre et mars, on a une pandémie d'influenza qui, encore une fois cette année, n'a pas épargné le Québec.

Le Président (M. Copeman): Il reste quelques minutes, Mme la députée. Si vous voulez, allez-y.

Théorie controversée sur les avantages de l'exposition au soleil

Mme Legault: Oui. Peut-être sur une question d'actualité, M. le ministre. Hier, dans *La Presse*, on pouvait lire un article, là, qui faisait état de recherches effectuées par des Américains qui suggéraient qu'on puisse s'exposer

dorénavant au soleil une quinzaine de minutes quelques fois par semaine sans protection solaire. Et ça me semblait un peu surprenant comme information, là, puisque c'est assez contraire à toutes les précautions qu'on prend habituellement et qu'on fait prendre aux enfants. Alors, qu'en est-il au niveau de la santé publique?

M. Couillard: Bien, effectivement, on a fait état dans les médias, là, d'une étude de certains chercheurs américains qui recommandent l'exposition au soleil sans utilisation de crème solaire pour favoriser l'apport en vitamine D. C'est une étude qu'il faut aborder avec extrêmement de prudence, qui est très surprenante compte tenu de sa méthodologie, qui est rétrospective, donc dont la valeur elle-même est à mettre en doute, et il faut vraiment revenir aux données fondamentales.

D'abord, effectivement, la vitamine D pourrait protéger contre plusieurs types de cancer, notamment le cancer de la prostate et du côlon. On peut l'obtenir dans l'alimentation également, pas uniquement par exposition au soleil. Par ailleurs, on sait que la Direction de la santé publique et les autorités de santé publique depuis longtemps mettent en garde — et il faut continuer à le faire — la population contre une exposition exagérée au soleil sans protection, notamment pour ce qui a trait aux dangers de cancer de la peau.

● (13 heures) ●

Et d'ailleurs on avait publié... il y a une brochure qui a été publiée en 2003 qui s'intitule *Le bronzage pourrait avoir votre peau!* Alors, on pourrait peut-être y avoir recours et la relire, elle est d'actualité ces jours-ci. On sait que le bronzage, même si esthétiquement ça peut être intéressant, ça a pour effet en fait de diminuer la capacité de synthétiser la vitamine D, puisque ça crée une barrière entre les rayons ultraviolets et les cellules qui font cette activité-là, et effectivement, là, ça accélère le risque de cancer cutané, dont le mélanome. On connaît tous le cas de l'ancien premier ministre M. Bourassa qui avait l'habitude — on le sait, c'est de la petite histoire bien connue — de s'exposer au soleil sur le toit de l'édifice où il avait son bureau. Et malheureusement il est décédé d'un mélanome qui est un cancer clairement associé à l'exposition prolongée au soleil.

Donc, la pratique du bronzage, là, accéléré, et notamment celle artificiellement induite par les salons de bronzage, n'est pas recommandée, toujours pas, par la communauté scientifique et les communautés médicales. Si on veut s'exposer au soleil, il faut continuer à suivre les recommandations de l'Association canadienne de dermatologie, utiliser une crème avec un facteur de protection de 15 ou plus et faire particulièrement attention aux enfants dans leur exposition au soleil.

Le Président (M. Copeman): Là-dessus, on va permettre aux parlementaires de s'exposer prudemment au soleil, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 13 h 1)

(Reprise à 15 h 11)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission poursuit ses travaux, le

deuxième bloc dans notre marathon santé et services sociaux aujourd'hui.

Alors, si ma mémoire est fidèle, nous avons terminé avec les députés ministériels. Ça va nécessairement à ma gauche par la suite, et je reconnais Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. Bon après-midi, Mme la députée.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Je vous le souhaite réciproquement, évidemment. Alors, je voudrais saluer le président de la Régie d'assurance maladie du Québec qui est parmi nous, cet après-midi, ainsi que les personnes qui l'accompagnent.

Campagne d'information et consultation publique sur l'assurance médicaments

Et vous proposez, M. le ministre, que nous puissions échanger sur les réponses aux questions générales et particulières que l'opposition a transmises et qui ont été en fait répondues par la Régie d'assurance maladie du Québec, alors, à la page 65, à la question n° 11 — on va débiter sur les questions générales — on y retrouve un montant de 112 430 \$ qui a été octroyé à la firme Cossette Communication pour la réalisation d'une consultation sur *OpinionSanté*, concept publicitaire et plan média, conception et réalisation du matériel publicitaire et Internet et coordination de l'ensemble de la campagne d'information sur le programme public d'assurance médicaments. Alors, j'aimerais avoir un état de la situation de ce programme.

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

M. Couillard: Oui. M. le Président, je voudrais à mon tour saluer M. Roy, qui est le président de la Régie d'assurance maladie du Québec, et les personnes qui l'accompagnent pour être avec nous pendant quelques heures.

Alors, effectivement, il y a eu une campagne, on le sait, sur le bon usage des médicaments qui était également dans la foulée du Symposium sur l'utilisation optimale. Cette campagne a eu lieu entre le 7 février et le 6 mars. Il était important de connaître quelle était la perception de la population en termes d'importance de cet enjeu-là et il fallait également voir quelle était l'opinion sur... la consultation sur le format *OpinionSanté*. Et c'est le type de soumission qui a été fait, d'appel d'offres, et c'est la firme Cossette Communication qui a obtenu le contrat pour un coût de 112 428 \$. Il s'agissait donc de planifier la campagne, réaliser une consultation sur *OpinionSanté*, proposer un concept publicitaire, proposer un plan média, concevoir et réaliser la production du matériel publicitaire, radio, Internet et coordonner l'ensemble de la campagne d'information.

On avait des objectifs précis cependant à l'intérieur de cette campagne, c'est d'augmenter la proportion de personnes qui connaissent l'obligation d'être couvertes par l'assurance médicaments. On sait que ce pourcentage est environ de 77 % actuellement. On voudrait l'augmenter de façon plus importante, sensibiliser donc les citoyens à l'obligation qu'ils ont d'adhérer à un régime privé lorsqu'ils

y ont accès — question qui a été à l'ordre du jour de nos discussions, et à l'Assemblée nationale et ici — augmenter également la proportion de personnes qui connaissent l'obligation de couvrir leur conjoint lorsqu'elles sont couvertes par un régime privé, et augmenter également l'achalandage de la page d'accueil de la section assurance médicaments du site Internet de la régie, et bien sûr faire participer la population à l'acquis social que constitue le régime. Il s'agit d'un régime qui, comme le sait très bien la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, a permis d'offrir une couverture d'assurance médicaments à 1,5 million de Québécois qui n'avaient auparavant aucune couverture.

Alors, pour ce qui est de la consultation d'*OpinionSanté*, il y a 3 500 personnes qui ont participé à la consultation sur Internet ou par téléphone. Les deux tiers ont répondu au questionnaire sur Internet. Globalement, on peut dire que les répondants connaissent bien les grandes lignes de l'assurance médicaments mais qu'ils en ignorent les détails. Il s'agit effectivement d'un régime qui a une certaine complexité, ne le cachons pas, et les aspects les moins bien compris, on s'y attend, touchent la notion de conjoint, la couverture des proches, les étudiants, le paiement de la prime et les démarches à faire en cas de changement de situation. On pourra d'ailleurs trouver les faits saillants de cette consultation dans les documents de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

La publicité Internet, quant à elle, a permis de générer 15 300 visites, donc ce qui est assez bon comme achalandage. Et la campagne a été également l'objet d'une notoriété qui a été assez appréciable, puisque 56 % des Québécois entre 25 et 55 ans ont remarqué au moins un élément de la campagne, qui dans l'ensemble a été appréciée de 70 % des individus. Et plus précisément 46 % des Québécois ont entendu l'une ou l'autre des annonces radio portant sur le régime d'assurance médicaments; 61 % de ceux qui ont remarqué au moins un élément reconnaissent que celle-ci leur a appris quelque chose sur l'assurance médicaments; et 65 % se disent davantage sensibilisés à l'importance de l'assurance médicaments; et enfin 79 % des Québécois ont conscience de trouver les réponses à leurs questions concernant le régime québécois d'assurance médicaments via notamment le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Alors, il y a également d'autres renseignements, M. le Président, mais en conclusion je pense qu'on peut dire que la campagne d'information sur l'assurance médicaments a donné d'assez bons résultats sur la connaissance de l'obligation d'être assuré. Cependant, il faut noter que l'obligation de couvrir le conjoint s'il n'a pas lui-même ou elle-même accès à un régime privé demeure mal connue, de même que l'obligation d'adhérer à un régime privé si on y a accès. Il s'agit donc de développer plus d'information dans ces axes-là et surtout développer chez le citoyen le réflexe de se responsabiliser face à l'assurance médicaments. Et je pense qu'on peut donc qualifier, M. le Président, cette campagne de sensibilisation de succès.

Mme Harel: Alors, merci. Dans le journal *Le Soleil* du samedi 12 février, et je crois qu'il en était de même également dans *Le Journal de Québec* du 15 avril dernier — donc, c'est tout récent — il y avait une couverture de presse.

Abordons d'abord les déclarations du président de la régie, M. Roy. Je lis... C'est peut-être à tort, là,

mais ça indique que la régie dépensera 475 000 \$ en un mois pour convaincre les Québécois de s'assurer qu'ils sont assurés au bon endroit. Ce sont en fait des déclarations qui sont imputées à M. Roy. Alors, est-ce à dire qu'il y a d'autres contrats que ceux que l'on retrouve, là, dans le livre de réponses aux questions? Ce montant de 475 000 \$ s'ajoute-t-il à celui du contrat de la firme Cossette dont vient de nous parler le ministre?

M. Couillard: Bien, il s'agissait de couvrir la période 2004-2005 dans les crédits. Je suppose que des campagnes semblables vont se poursuivre au cours de la prochaine année, de sorte qu'on peut envisager des déboursés supplémentaires. Je ne sais pas si M. le Président a une remarque à ajouter?

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a consentement pour permettre à M. Roy de prendre la parole? Consentement. M. Roy, allez-y.

● (15 h 20) ●

M. Roy (Pierre): Oui, M. le Président. Effectivement, le coût de 475 000 \$ est toujours le coût qui avait été estimé. Vous avez, à la question qui apparaît à la page 65, les coûts, je dirais, de coordination de la campagne faite par la firme Cossette. Si vous allez à la page 13, en réponse à la question n° 7, si je ne m'abuse, vous allez retrouver un tableau où vous avez aussi... Vous avez retrouvé la page 13? Vous avez un tableau où vous allez voir que les troisième, quatrième, cinquième et sixième items de dépenses en publicité sont aussi des dépenses de Cossette Communication pour d'autres éléments de la campagne qui se ventilent dans la consultation *OpinionSanté*, la production publicitaire et la production Internet. Et il faut ajouter à ça, si je ne m'abuse, aussi les coûts de la campagne radio elle-même, l'achat des temps d'antenne, des capsules de 30 secondes à la radio, de 15 secondes qui ont été utilisées.

Mme Harel: Je comprends qu'il y a encore nécessité de promouvoir l'accès en quelque sorte au régime d'assurance médicaments. Dans le même article, on faisait valoir que certains participants au régime public ne sont pas admissibles, d'autres ne paient pas la prime annuelle requise. De plus, la RAMQ n'a pas l'assurance quelconque d'assurance médicaments, tel que cela est prévu par la loi. Je comprends que c'est pour remédier à cet état de fait que la campagne est menée?

M. Couillard: M. le Président, d'ailleurs les réponses aux questions nous éclairent à ce propos, puisqu'on voit notamment que la connaissance de la nécessité d'offrir la couverture au conjoint est moins bien connue, l'obligation d'adhérer à un régime privé s'il est disponible est également moins bien connue. Alors, voilà des éléments qui expliquent que la plupart des gens demeurent encore dans une perception incertaine quant à la couverture. Et il faut se rappeler que le but du régime est d'offrir une couverture universelle soit par le biais d'un régime privé collectif ou par le biais du régime général d'assurance médicaments, mais qu'il y a obligation d'être couvert par le régime privé lorsque celui-ci est disponible dans le cadre d'un emploi.

Situations irrégulières en matière d'assurance médicaments

Mme Harel: Est-ce qu'il se produit une situation comme celle décrite le 15 avril dans *Le Journal de Québec* à l'effet que des personnes qui paient le régime public n'ont pas droit au service? Avez-vous pris connaissance de cet article? Et est-ce possible que payer pour le régime d'assurance médicaments et ne pas y avoir droit serait une situation dans laquelle se retrouvent des personnes, disait le journal, en cette période d'impôts?

M. Couillard: Bien, certainement si des gens n'ont pas répondu à l'obligation de s'inscrire au régime privé lorsqu'il est disponible. C'est certainement une façon de le faire en omettant, par exemple, de déclarer qu'on est couvert par un régime privé collectif pour réclamer la couverture du régime public, y compris le paiement de la prime.

Mme Harel: Ça suppose évidemment que la régie vérifie s'il y a une situation maritale. Est-ce que la régie a mis en place les mécanismes pour vérifier la situation maritale des cotisants?

M. Roy (Pierre): Oui. Alors, il y a différents mécanismes de contrôle qui ont été mis en place, qui commencent évidemment au moment de l'inscription à l'assurance médicaments. Alors, lorsque les gens contactent la régie pour s'inscrire à l'assurance médicaments, il y a un certain nombre de vérifications qui se font, autant sur évidemment l'authentification de la personne elle-même, son statut marital, son statut d'emploi, la présence ou non d'enfants, l'accessibilité ou non à un régime privé. Parce qu'on se rappelle que le régime public est d'une certaine façon subsidiaire à la présence de régimes privés, donc il est important de s'assurer que la personne qui nous contacte, elle n'a pas accès, via son emploi, sa profession ou son occupation habituelle, à un régime d'assurance collectif.

Donc, il y a un ensemble de vérifications qui sont faites, je dirais, a priori, qui sont cumulées depuis 2001 maintenant avec un certain nombre de vérifications a posteriori, via notamment une opération conjointe avec le ministère du Revenu visant à s'assurer, par croisement de fichiers, que les gens, par exemple, qui, dans leur déclaration d'impôt qu'ils ont produite récemment, indiquent avoir accès à un collectif privé ne sont pas en même temps inscrits à la Régie de l'assurance maladie, auquel cas il y a comme un problème, ou qui déclarent être inscrits au régime d'assurance maladie public, le volet public, mais qui, par leurs coordonnées d'emploi, pourraient... on pourrait présumer à partir des coordonnées d'emploi indiquées dans la déclaration de revenus que ces gens-là ont peut-être accès à un collectif privé.

Alors, ces différents croisements là permettent d'identifier un bassin de situations qu'on a appelées potentiellement en écart qui font annuellement l'objet de vérifications. Et, en 2004-2005, je pense que l'information figure à une des réponses aux questions qui ont été formulées, cette opération-là de croisement avec le ministère du Revenu a permis de régulariser 130 000 dossiers et une récupération monétaire de l'ordre de 28,8 millions. Je vous dis ça de mémoire, là, mais je pense que c'est le chiffre qui apparaît dans le cahier de réponses.

Mme Harel: C'est à la page 145 du cahier de réponses. Et, pour l'année 2004-2005, on y indique une récupération de primes, je crois que c'est 18 millions — c'est bien ça? — et une régularisation des inscriptions pour 10 millions. Donc, c'est un total de 28 millions. Et donc depuis quand se pratique cette récupération, là, de primes, en fait cette surveillance avec ces fichiers croisés?

Le Président (M. Copeman): M. Roy.

M. Roy (Pierre): Depuis l'exercice 2001-2002.

Dépassements dans la rémunération des médecins

Mme Harel: Merci. À la page suivante du cahier, 148 et 149, il y est indiqué, cette fois dans un autre ordre donc d'idées, là, concernant plutôt la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes, il y est indiqué, pour ce qui concerne la variation, là, des rémunérations, un dépassement de 22 millions pour les médecins omnipraticiens et de 25 millions pour les médecins spécialistes, donc presque 50 millions de dépassements. Peut-on nous indiquer les motifs qui expliquent ces dépassements?

M. Couillard: M. le Président, il s'agit de motifs qui sont les mêmes depuis des années, c'est ce qu'on appelle l'évolution de la pratique. Essentiellement, il y a plus de médecins disponibles, plus d'actes médicaux sont posés, et ça constitue un dépassement par rapport à ce qu'on appelle l'objectif ou la masse qui est attribuée par négociation. Par la suite, ce qu'on fait avec ces dépassements ou ces non-atteintes, parce que des fois on a le contraire, des fois on a des situations de non-atteinte de la masse monétaire, c'est réglé à la table de négociation, lors du renouvellement d'ententes avec les fédérations concernées. Historiquement, c'est la façon dont ça a toujours procédé.

Mme Harel: Alors, dans ce cas-ci, ça signifie plus d'heures?

M. Couillard: Plus d'actes.

Mme Harel: Plus d'actes, plutôt.

M. Couillard: Plus d'actes médicaux soit par plus de médecins — il y a quand même plus de médecins au Québec — soit par une augmentation de ce qu'on appelle la productivité, qui n'est pas un beau terme quand on parle de santé, mais de la quantité de travail faite par les médecins. Si on se félicite d'avoir plus d'opérations chirurgicales, bien clairement il va y avoir plus d'honoraires pour les interventions demandées, pour les spécialistes. Même chose pour les omnipraticiens s'il y a plus de visites.

Négociation des conventions collectives des médecins

Mme Harel: Ce serait sans doute, M. le Président, à ce moment-ci qu'on pourrait échanger avec le ministre sur les négociations en cours. Les conventions collectives sont échues depuis mars 2004 en ce qui concerne

les médecins spécialistes et les omnipraticiens également. Alors, nous sommes à un an passé de l'échéance, où en sont les négociations?

M. Couillard: Bien sûr, M. le Président — et ce n'est pas le but de la question, je suis sûr — on ne parlera pas ici des stratégies de négociation, des objectifs de négociation mais du déroulement du processus. On a commencé des conversations avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec et on est près d'en commencer avec les omnipraticiens. Il s'agit d'obtenir les mandats des autorités financières centrales du gouvernement, et ce sera fait. Il faut rappeler que la présidente du Conseil du trésor et moi-même avons exprimé à plusieurs reprises que l'ensemble des organisations payées... ou recevant du financement public étaient assujetties au cadre financier tel que défini par la présidente du Conseil du trésor et que, dans le cas, par exemple, des médecins, on serait prêts à des conversations sur des ajouts en autant qu'il y avait une garantie de services claire en termes d'accessibilité pour la population. C'est d'ailleurs ce qui explique ce qu'on a fait pour le déplaçonnement de certains actes en cabinet pour les ophtalmologistes, entre autres, et récemment dans le cas des cliniques-réseaux qui vont commencer à Montréal. Donc, il y a une garantie de services et d'accessibilité qui est là en contrepartie des sommes publiques qui sont consenties.

● (15 h 30) ●

Mme Harel: Alors, on aura l'occasion d'y revenir au moment où on discutera des cliniques-réseaux.

Litiges opposant la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à des fabricants de médicaments génériques

Toujours à l'égard de la Régie de l'assurance maladie du Québec, où en sont les poursuites, les quatre requêtes en dommages, là, qui sont déposées au greffe de la Cour supérieure? À la page 143 du cahier, on retrouve les coûts estimés des ristournes, rabais et autres sortes de bénéfices consentis aux pharmaciens par les fabricants de médicaments génériques. Alors, on retrouve les montants et le nom des fabricants. Est-ce que la rumeur qui veut qu'il y aurait... un arrangement hors cour est-il fondé? Est-ce de l'intention de la régie d'en arriver à un arrangement hors cour dans ces poursuites?

M. Roy (Pierre): La Régie de l'assurance maladie n'envisage aucunement de faire des règlements hors cour, et il n'y a aucune discussion en ce sens, même si nous sommes à l'occasion sollicités pour des rencontres, que nous acceptons de bonne foi en précisant à nos interlocuteurs que la régie n'envisage pas de règlement hors cour. Sauf une fois, si vous me permettez, M. le Président, où nous avons, par écrit, informé l'une des compagnies visées que nous serions ouverts à un règlement hors cour qui correspondrait à la totalité du montant réclamé et sans clause de confidentialité. Alors, vous comprendrez que, dans un tel contexte, le règlement hors cour s'avérerait difficile.

Le Président (M. Copeman): Je vais peut-être juste rappeler tout le monde à la prudence, c'est des causes sub judice. Il ne faut pas préjudicier les causes en

cours. Simplement un appel à la prudence qui n'est peut-être pas nécessaire, mais...

Mme Harel: ...de toute façon que les requêtes en fait se poursuivent.

M. Roy (Pierre): Si je peux me permettre un complément, M. le Président, les requêtes de la régie se poursuivent évidemment, et les requêtes des parties visées se multiplient, notamment visant à contester la capacité de la régie d'intenter les recours qu'elle a intentés. Maintenant, suivant le conseil du président, je ne voudrais pas élaborer davantage compte tenu que ces questions-là sont devant les tribunaux. Mais il y a plusieurs requêtes actuellement devant les tribunaux.

Portrait de l'effectif de la RAMQ

Mme Harel: Je vous remercie. Alors, je souhaiterais, M. le Président, avoir un éclaircissement. Il tombe peut-être de source, mais je n'arrive pas à réconcilier les tableaux que l'on retrouve à la page 69 et suivantes qui portent sur les effectifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Alors, on retrouve, par exemple, chez les moins de 35 ans un total de 18,2. Puis ensuite le tableau suivant, qui est celui de la répartition du personnel qualifié, communautés culturelles, personnes handicapées, anglophones ou autochtones par catégories d'emploi, je remarque qu'au total, pour ce personnel qualifié d'origine, disons, ethnoculturelle ou autre, il y a moins de 1 % du personnel qui est... un peu plus d'un demi de 1 %. Est-ce que je lis bien?

M. Couillard: Oui. C'est-à-dire que le premier élément de réponse que je donnerais, ce serait de dire que ça s'applique uniquement aux moins de 35 ans, là, le tableau. Mais il y a certainement un effort à faire, là, pour augmenter les taux. Mais, si vous allez à la page suivante, à la page 70, vous allez voir les chiffres pour les plus de 35 ans, où les chiffres sont quand même différents, notamment pour le tableau de répartition dans les communautés. Mais ceci n'occulte pas le fait qu'il faut augmenter nos efforts dans le recrutement, dans la fonction publique et dans les organismes publics et parapublics... de représentation des communautés culturelles, anglophones, handicapés et autres communautés. Si on additionne l'ensemble de l'effectif, je ne crois pas que ce soient des chiffres qui sont au tableau. Je pourrais le donner par information. Le total pour l'ensemble de l'effectif des communautés, c'est 5,30 % sur l'ensemble des deux catégories d'âge, moins de 35 ans et plus de 35 ans.

Donc, il y a quand même une progression, mais ce n'est pas suffisant. Il faut continuer nos efforts, et on passe le message que, lorsque des efforts de recrutement sont faits, on doit toujours tenir compte de la possibilité de recruter, à compétence égale, une personne issue des communautés culturelles, une personne handicapée, anglophone ou autochtone.

Mme Harel: Il me semble qu'il y a là une priorité... Sur un total de 1 624 personnes, par exemple, je constate qu'il y a, parmi le personnel qualifié, sept employés issus de communautés culturelles de moins de 35 ans et 35 de plus de 35 ans.

M. Couillard: Ce sont les moins de 35 ans effectivement, si on prend...

Mme Harel: Donc... Excusez-moi.

M. Couillard: Si on prend les communautés culturelles, on identifie sept personnes dans les différentes catégories pour les moins de 35 ans et 35 pour les plus de 35 ans; au total, 42 donc, bien sûr. Mais ce qu'il faut mentionner dans le cas des communautés culturelles — et je pense que la députée est familière avec cette réalité — ce n'est pas toutes les personnes qui veulent être identifiées officiellement comme étant communautés culturelles, ce n'est pas toujours le cas. Donc, on sous-estime probablement un peu le nombre réel, mais ça ne diminue en rien le fait, comme j'ai mentionné, qu'il faut faire plus d'efforts là — vous avez raison — plus d'efforts dans le recrutement de ces diverses catégories de personnes dans nos organisations publiques.

Mme Harel: ...communautés culturelles comme étant né à l'étranger au sens des règlements?

M. Couillard: Pas nécessairement né à l'étranger. On peut se définir soi-même lorsqu'on fait les demandes. Et j'ai vu souvent des curriculum vitae, là, on demande à la personne si elle se définit elle-même comme membre d'une communauté culturelle.

Mme Harel: Il n'en demeure pas moins qu'il y aurait un avantage à ce que la personne se définisse comme membre d'une communauté culturelle, étant donné les règlements en vigueur qui font qu'un membre de communauté culturelle a préséance à mérite égal.

M. Couillard: Vous avez tout à fait raison.

Mme Harel: Je suis très surprise qu'ils ne se déclarent pas issus de communautés culturelles. Quoi qu'il en soit, il y a si peu d'anglophones, il y a, ma foi... il y en a moins que je... oui, il y en a moins que de membres de communautés culturelles. Il y en a une personne anglophone de moins de 35 ans puis 15 de plus de 35 ans. Alors, ça ne fait même pas... Sur les 1 624 employés, au total, ma foi, ça ne fait même pas...

M. Couillard: Là-dessus, il faut indiquer, M. le Président — et ce n'est pas vraiment une excuse mais une réalité — que le gros des activités de la régie sont concentrées à Québec. Il n'y a pas d'activités en région ni à Montréal, ce qui foncièrement a un impact en termes de milieu. Et il faut, je le répète encore une fois, faire plus d'efforts de recrutement dans ces communautés.

Mme Harel: Est-ce que la RAMQ recrute du personnel? Est-ce qu'il va y avoir une grosse mobilité, un gros branle-bas de combat avec le départ de la génération du baby-boom?

M. Couillard: Bien, le rythme de recrutement dans la fonction publique actuellement est réduit. On sait qu'en gros, globalement, on recrute une personne sur deux par rapport aux départs. Donc, on recrute moins que l'attrition, et c'est le cas pour l'ensemble de la fonction

publique et parapublique. Le cas de la Régie de l'assurance maladie est un peu particulier parce qu'il y a une pyramide d'âges qui est un peu différente, il y a plus de personnel âgé à la Régie de l'assurance maladie du Québec, de sorte que potentiellement l'impact d'une telle mesure peut être plus important, et on regarde ça actuellement, s'il y a un moyen de moduler la mesure. Mais globalement c'est une mesure de réduction de la taille de l'État qui s'applique à l'ensemble des organisations publiques.

Mme Harel: Alors, quelles sont les prévisions de départ des personnels qui vont atteindre l'âge de la retraite à la Régie de l'assurance maladie du Québec?

M. Couillard: Alors, en 2005-2006, on prévoit 90 départs à la retraite. Ça va, M. le Président? 90 pour 2005-2006 et 50 pour les deux années suivantes.

Mme Harel: Donc, 90 départs en 2005-2006 pour lesquels la régie n'est autorisée à remplacer qu'une personne sur deux.

M. Couillard: Actuellement, la mesure fait qu'il faut remplacer une personne sur deux.

Difficultés d'accès au service téléphonique de la RAMQ

Mme Harel: Et comment se fait le travail? Alors, M. le Président, je comprends, à ce moment-ci, pourquoi beaucoup plus de gens qu'auparavant se plaignent des difficultés d'accès au personnel de la régie, des nombreux téléphones qu'ils doivent faire pour avoir accès au personnel de la régie.

● (15 h 40) ●

M. Couillard: Ce n'est pas le bon exemple malheureusement à citer parce que ça montre qu'on peut faire plus avec moins des fois. En fait, on pourra donner les statistiques, le temps de réponse et les réponses aux demandes des citoyens ont été améliorés récemment. Alors, je pense qu'il faut se garder d'avoir une attitude de corrélation linéaire entre le nombre d'effectifs et le niveau de service, il s'agit d'une question de priorité d'administration.

On connaît également la grande qualité de l'administration qui se fait à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Je fais souvent état du fait que les coûts d'administration du régime d'assurance médicaments sont moindres que ceux des régimes privés. Alors, c'est à signaler. Et il est certain qu'on ne veut pas mettre en péril les services directs à la population, mais l'exemple qu'on vient de citer, l'exemple que d'ailleurs la députée elle-même aborde montre que... M. le président pourra donner maintenant des détails sur les réponses aux demandes des citoyens.

Le Président (M. Copeman): M. Roy.

M. Roy (Pierre): Merci, M. le Président. Je vais répondre en deux temps. D'abord, je vais donner une réponse simple sur le nombre de plaintes. Le nombre de plaintes enregistrées à la régie en 2004-2005 reliées à l'accessibilité du service téléphonique, puisque c'est essentiellement de ça dont il s'agit, a été de 1 503. Bon.

Mme Harel: Redites-moi combien.

M. Roy (Pierre): 1 503. Le vieux dicton dit: Quand on se compare, on se console. L'année précédente, en 2003-2004, c'était 3 625. Donc, on est passés de 3 625 à 1 503 plaintes en regard de l'accessibilité au service téléphonique. Évidemment...

Mme Harel: Il va falloir leur dire dorénavant de ne plus se plaindre à leur député mais de se plaindre à la régie pour qu'ils soient dans les statistiques.

M. Roy (Pierre): Évidemment, c'est un redressement significatif. C'est évidemment un redressement significatif qui faisait suite à une situation, en 2002-2003, 2003-2004, où on a connu des problèmes très importants d'accessibilité au centre d'appel de la régie. Plusieurs mesures ont été mises en place, notamment l'ajout de personnel pour répondre aux appels. Nous avons frôlé un taux d'accessibilité autour de 15 % en 2002-2003, 2003-2004, ce qui fait que vous aviez presque neuf chances sur 10, quand vous appeliez chez nous, d'avoir une ligne engagée. Le taux a été augmenté. Au cours des derniers mois, il a oscillé de près de 60 %. Il y a quelques fluctuations au moment où on se parle.

Le délai d'attente, une fois que vous aviez une ligne, s'est situé, pendant un bon petit bout de temps, à près de cinq minutes d'attente. Actuellement, pour 2004-2005, le temps moyen d'attente, une fois que vous avez la ligne, a été de 111 secondes.

Donc, il y a eu un redressement important qui a été fait au centre d'appel de la régie. Il n'en demeure pas moins que, par rapport à l'ensemble des services de la régie, c'est celui qui fait l'objet à la fois du plus grand nombre de plaintes, si je puis dire, relativement parlant, et d'une préoccupation importante compte tenu de l'importance... Je vous disais, tout à l'heure, que, par exemple, lorsque les gens veulent s'inscrire à l'assurance médicaments, on leur dit: Appelez à la régie, et ce, depuis la mise en place du régime d'assurance médicaments. Alors, évidemment, s'il y a un problème d'accessibilité téléphonique, ça vient un peu contrecarrer le message qu'on lance à la population. Mais, comme je vous l'indiquais, il y a eu des mesures importantes qui ont été mises en place depuis deux ans pour redresser le centre d'appel de la régie.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, si vous allez changer de sujet, je vais...

Mme Harel: On a déjà 20 minutes complétées.

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: Non, je... Bien, c'est-à-dire vous voulez dire les centres d'appel? J'allais demander au ministre...

Le Président (M. Copeman): Bien, allez-y, une dernière là-dessus, sur les centres d'appel.

Sécurité des installations de la RAMQ

Mme Harel: Les budgets consacrés à la sécurité, on retrouve, à la page 111, là, du cahier, un budget de

284 000 \$ qui a été consacré à la sécurité dans les installations. Et je me posais la question: De quoi s'agit-il? Quelles sortes de situations ont exigé, si vous voulez, un ajout, là, de près de 300 000 \$ dans les budgets consacrés à la sécurité de la RAMQ? Je ne pense pas que ce soit sur le plan informatique, là, hein?

M. Couillard: Non, c'est les gardes de sécurité, entre autres, qui vérifient les accès aux édifices publics, là.

Mme Harel: ...c'est plus qu'auparavant. Est-ce qu'il y a des raisons qui expliqueraient cette augmentation ou si c'est pareil?

M. Couillard: Je vais donner la réponse. C'est essentiellement stable. Bien, il y a eu une augmentation quand même, là, mais ce n'est pas des augmentations très significatives. En 2002-2003, c'était Québec, 179 300 \$, Montréal, 60 300 \$, pour un total de 239 600 \$; en 2003-2004, Québec, 189 500 \$, Montréal, 63 900 \$, total de 253 400 \$; et, en 2004-2005, 206 105 \$. Vous avez les chiffres dans le cahier des crédits. Donc, il y a eu une augmentation depuis 2002-2003, mais je pense que ça doit avoir trait aux conditions d'emploi des gens d'une part, au nombre de personnes engagées. Il ne faut pas cacher non plus qu'il y a une attention particulière qui est portée à la sécurité de ces établissements compte tenu des renseignements qui y sont conservés. Puis je pense que M. Roy veut ajouter un élément de réponse.

M. Roy (Pierre): Oui, juste un complément là-dessus. Aussi, il y a eu aussi un certain resserrement, parce qu'on se rappellera que, dans un autre dossier qui a fait l'objet d'une discussion en Commission de l'administration publique, sur la sécurité de l'information, un des éléments de ce qu'on appelle les tests d'intrusion, souvent ne sont pas juste des tests d'intrusion technologique, mais aussi des tests d'intrusion physique. Est-ce qu'il est facile, par exemple, d'entrer à la Régie de l'assurance maladie et donc d'avoir accès aux étages et, une fois sur les étages, après ça, d'avoir accès à un poste informatique? Donc, les tests d'intrusion ne sont pas juste des tests technologiques, mais aussi des tests d'intrusion physique. Et ça amène parfois des organisations à se questionner pour savoir est-ce que les mesures qu'on a en place sont suffisantes.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée Chambly et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Décision du Barreau de ne plus offrir d'assurance médicaments privée à ses membres

Mme Legault: Merci. Bonjour, M. le ministre. Bonjour, M. Roy. J'ai une question relative au régime général d'assurance médicaments et la conduite récente du Barreau. Hein? On apprenait qu'en octobre dernier le Barreau mettait fin à la couverture des médicaments par son assurance collective privée, et conséquemment il y a eu plus de 2 300 avocats qui ont adhéré au régime public. Alors, c'est des charges importantes supplémentaires, nouvelles. Alors, la question que je me pose et que je vous pose, c'est: Comment cette situation-là peut d'abord

se produire? Et qu'est-ce qu'on envisage pour l'avenir? Est-ce qu'on a adopté des mesures quelconques ou... Pouvez-vous nous décrire ça un peu, s'il vous plaît?

M. Couillard: Oui. M. le Président, d'abord, c'est important de faire une distinction parce que ce n'est pas tous les avocats. On a tendance à penser rapidement que c'est l'ensemble des avocats, on voit que c'est loin d'être le nombre total d'avocats au Québec. Et il faut savoir que les gens qui sont dans les bureaux d'avocats, particulièrement les grandes firmes, ont en général des régimes collectifs qui sont inchangés. Donc, il s'agit de l'assurance collective que le Barreau lui-même assurait auprès de ses membres. Et il est certain que la loi actuelle fait état du fait que, s'il y a une possibilité d'assurance collective d'accident-maladie, il faut absolument qu'il y ait un complément d'assurance médicaments. C'est dans la Loi d'assurance médicaments.

Et il est possible cependant de remplacer un régime collectif prévoyant une assurance médicaments par un programme personnalisé sans assurance médicaments, et, à ce moment-là, l'assurance va être obtenue auprès du régime public. Donc, c'est ce qui s'est produit, on a tiré partie de cette possibilité, et le Barreau n'est plus preneur depuis le 1er octobre 2004, n'est plus preneur d'un régime d'assurance collective comportant l'assurance médicaments. À ce moment-là, il a transformé son régime en un programme sur une base individuelle. Donc, il n'y a plus d'obligation de prévoir un régime d'assurance médicaments, puisqu'on a remplacé le régime collectif par un régime d'assurance individuelle ouvert à leurs membres et à leurs employés.

Alors, bien sûr, c'est certainement contraire à l'esprit de la loi, mais, compte tenu des dispositions législatives, ça ne peut pas être contesté juridiquement. Par contre, si on laissait les choses comme elles sont, ça pourrait créer un précédent. Il y a un glissement important qui serait contraire, encore une fois, à l'esprit de la loi et de l'instauration du régime général d'assurance médicaments, de sorte que, dans le cadre des conversations que nous avons autour de l'assurance médicaments, on pourra certainement envisager une modification législative pour empêcher que cette tendance ne se généralise.

Et à titre d'information — sans donner les détails, mais quand même je crois que c'est des informations d'intérêt public pour les contribuables qui nous écoutent — les coûts de médicaments de ces personnes qui ont adhéré au régime général public d'assurance médicaments sont en fait plus élevés que les coûts moyens des adhérents du régime. Donc, il s'agit de transfert de personnes qui ont un niveau de consommation de médicaments qui est, autant sur le plan personnel que le plan familial, plus élevé que ce qu'on observe dans la population d'adhérents actuellement assurés par le régime général de l'assurance médicaments. Donc, il faudrait envisager une modification qui ferait en sorte que ce glissement, qui est contraire à l'esprit de la loi, ne soit plus possible. Et c'est ce qui peut être fait et ce qui devrait être fait normalement suite aux travaux de consultation sur la politique du médicament.

Mme Legault: Merci.

• (15 h 50) •

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

Projets d'immobilisations en région

Mme Gaudet: Merci, M. le Président. Bonjour, M. le ministre. Bonjour, M. Roy. Alors, moi, ma question s'adresse à M. le ministre si vous permettez. C'est une question en lien avec le CHUM et le CUSM. J'ai eu le très grand privilège d'assister à la commission parlementaire spéciale qui nous a permis d'entendre des représentants de divers ordres nous présenter des mémoires fort intéressants, et ce qui a amené le ministre à apporter une décision sur la localisation de ce mégaprojet du CHUM.

Souvent, cependant, une bonne nouvelle s'accompagne d'inquiétude. Et, dans le cas de la réalisation de ces deux mégaprojets qui sont le CHUM et le CUSM, il s'avère que la population de certaines régions, dont la région de la Capitale-Nationale, la région du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay—Lac-Saint-Jean et de la Mauricie et du Centre-du-Québec, s'est inquiétée. Ils se sont inquiétés, considérant que ces deux mégaprojets puissent nuire à la réalisation de projets immobiliers et qui pourraient se développer dans leurs régions respectives, et, par le fait même, que les régions soient laissées pour compte au profit de la grande région de Montréal. Alors, j'aimerais vous entendre, M. le ministre, sur les projets importants pour les régions qui ont été mis de l'avant depuis le début de la présente année.

M. Couillard: Bien, M. le Président, c'est une question importante qui permet également d'expliquer à la population quelle est notre philosophie dans ces développements immobiliers, qui ne doivent pas être vus comme étant en opposition les uns avec les autres mais plutôt en complémentarité. Alors, il faut savoir que l'enveloppe d'immobilisations triennale en santé et services sociaux, donc pour les trois prochaines années, est à 1,2 milliard, ce qui est une somme très importante, et ça n'inclut pas bien sûr, cette enveloppe, les projets des centres hospitaliers montréalais. Donc, non seulement le rythme d'investissement en région se poursuit, mais se poursuit même à un rythme accéléré. Et on a eu au cours des derniers mois, et on en aura au cours des prochains mois d'autres exemples, plusieurs éléments qui montrent que les projets en région cheminent bien et débouchent sur la réalisation. Je pense... En donner quelques exemples récents: il y a le Saguenay—Lac-Saint-Jean qui passe aux plans et devis définitifs d'un projet de construction d'un centre de réadaptation physique pour un montant de 15 millions; l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie également, un centre ambulatoire; l'urgence de l'Hôpital l'Enfant-Jésus; les urgences dans l'Outaouais; il y a également dans la région Chaudière-Appalaches, Montmagny, l'Hôtel-Dieu de Lévis; vous-même, dans votre comté, avez un projet de soins prolongés, je crois, qui chemine très bien.

Alors, je pense qu'il faut réaliser qu'il n'y a pas d'opposition, il n'y a pas de contradiction entre le fait de développer la médecine universitaire à Montréal comme elle devait l'être et de continuer les investissements en région. Il faut rappeler également que le développement d'installations universitaires, à Montréal, contemporaines et de niveau conforme avec la technologie actuelle va être d'un grand bénéfice également pour les citoyens des régions qui auront à recevoir des services ultraspecialisés dans ces établissements. Même si de plus en plus les régions

sont autosuffisantes pour beaucoup de spécialités, il demeurera toujours un certain nombre de malades qui devront être acheminés vers ces centres ultraspecialisés. Donc, le bénéfice est assez diffus et dépasse la seule région de Montréal. Mais je répète que, pour ce qui est des projets immobiliers, il n'y a pas de contradiction ni d'effet de frein des projets montréalais sur les projets immobiliers des régions.

Mme Gaudet: Merci beaucoup, M. le ministre. Merci.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Saint-Jean.

Vérification de la qualité des centres d'hébergement et de soins de longue durée

M. Paquin: Merci, M. le Président. M. le ministre, j'aimerais porter votre attention sur des choses qu'on a vécues l'an passé et que les journalistes rapportaient à... en avaient fait des articles importants et avaient sensibilisé la population et vous-même, en autres sur le cas Saint-Charles-Borromée. Et c'étaient des choses qui outraient la population du Québec. Vous avez dû poser des gestes rapidement et vous avez fait aussi, par le fait même, je pense, des figures de vérification sur d'autres CHSLD. Quel est le résultat de toutes ces démarches que vous avez effectuées? Et où en sommes-nous rendus dans ce dossier?

M. Couillard: Ce sujet du niveau de service dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée est bien sûr quelque chose qui a été très présent dans notre actualité au cours des dernières années et des derniers mois en particulier. Je disais, ce matin, avec intérêt — je ne sais pas si d'autres collègues l'ont vu — un éditorial dans le *Globe and Mail* où on parle exactement de la même situation en Alberta. Et je lisais l'éditorial, et je revoyais les mêmes situations qui ont été décrites chez nous. Et, là-bas, on a réagi en faisant un peu ce qu'on a fait, c'est-à-dire que le gouvernement albertain a envoyé un assistant du Vérificateur général, accompagné d'une infirmière certifiée, visiter un échantillon de centres — on appelle ça, là-bas, les «nursing homes» ou les centres d'accueil — où les constatations ont été assez difficiles à accepter pour la population. Les travaux sont en cours là-bas à cet effet-là.

On est bien sûr intervenus avant. Vous savez, les événements de Saint-Charles-Borromée et d'autres nous ont amenés à constituer ces équipes de visiteurs. Et il faut dire que le but des visites n'était pas uniquement de corriger les situations négatives ou inacceptables, il s'agissait également de trouver des endroits où les services étaient de très bonne qualité pour que les bonnes pratiques dans ces endroits puissent servir d'exemple et d'inspiration aux autres endroits où des correctifs devaient être apportés.

Je crois également, sans critiquer ce qui a été fait dans d'autres provinces, que la composition des équipes de visite et d'inspection des CHSLD était de nature à inspirer confiance à la population, puisqu'il ne s'agissait pas que d'équipes ministérielles ou régionales issues de l'organisme ou de l'organisation du système de santé. Et les équipes, au nombre de cinq, étaient composées d'un

représentant du ministère bien sûr, de l'agence régionale également, mais également du Conseil pour la protection des malades et de la table de concertation des aînés de la région concernée. Donc, ces équipes ont visité les établissements avec très peu de préavis, ont rencontré le comité des usagers, les employés, les comités présents, la direction, l'administration et ont remis des rapports qui ont donné suite à des actions dans tous les établissements visités. Il faut savoir qu'il n'y a pas un seul établissement visité qui n'a pas fait l'objet de critiques de la part des équipes d'évaluation, qui ne fait pas l'objet actuellement d'un plan de correction étroitement chapeauté et suivi par les agences régionales. Ça, c'est pour l'aspect des services.

Pour l'aspect des immobilisations, l'an dernier, nous avons fait une première tranche de 35 millions de rénovations fonctionnelles pour les CHSLD particulièrement vétustes. Une nouvelle tranche de 35 millions s'ajoute cette année de façon à ce qu'on puisse mettre à niveau les situations les plus critiques.

Donc, plan d'action pour tous les établissements visités dans lesquels une amélioration des services est à souhaiter et demande formelle à chacune des agences pour assurer le suivi de ces plans d'action. À ça, on ajoute également le montant de 1 million de dollars sur deux ans pour la formation. Beaucoup de remarques ont été faites sur le manque de formation du personnel.

Et bien sûr ces visites se poursuivent. En CHSLD, on a visité, en 2004, 47 établissements. D'ici la fin juin 2005, 44 autres centres seront visités, et 44 l'ont déjà été à ce jour. On va également élargir les visites avec certains centres jeunesse et certaines installations de ressources intermédiaires et de ressources de type familial. Il y a quatre visites qui sont prévues d'ici la fin juin 2005 avec le même principe et basées sur le cadre de référence des ressources intermédiaires.

Alors, ce qu'on peut constater quand même, c'est la reconnaissance qu'on doit tous exprimer à l'endroit des équipes qui sont au sein des établissements. Comme je l'ai dit à plusieurs reprises, dans la vaste majorité de nos établissements de longue durée, il se fait de l'excellent travail par des gens très dévoués. Mais ça ne prend pas grand-chose, comme on dit des fois, pour gâter la sauce, hein? Il suffit d'un ingrédient qui ne soit pas à sa place pour que, disons, l'ensemble du climat dans l'établissement devienne très difficile.

Le processus des visites également s'est avéré efficace en termes d'outil de mobilisation — les gens se sont rapidement mobilisés autour des choses à améliorer — et également quant à la transmission d'une volonté politique claire que ces situations soient améliorées et d'un suivi. C'est-à-dire que, si on n'avait fait qu'intervenir de façon ponctuelle dans les établissements qui ont fait l'objet d'attention médiatique, ça n'aurait certainement pas eu d'effet à long terme. Le fait qu'on ait cette approche continue de visites qui se répètent, le fait qu'on ait cette approche de plan d'action, de suivi par les agences, le fait que les équipes soient constituées de personnes crédibles qui soient à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux, tout ça nous permet de penser qu'on a choisi le bon outil. Certaines voix s'élevaient pour nous demander des commissions d'enquête un peu comme celle-ci où les gens seraient venus ici témoigner de situations. Je ne crois pas qu'on aurait eu autant de résultats concrets dans le temps qui s'est écoulé avec

une démarche de ce type-là par rapport à celle des visites d'appréciation, à laquelle beaucoup se sont ralliés.

● (16 heures) ●

Et il est essentiel d'écouter ce que les comités des usagers ont à dire dans les établissements. Moi, je me fais un devoir, lorsque je visite les établissements de santé, de demander toujours une rencontre de quelques minutes avec les membres des comités des usagers, souvent en l'absence de l'administration. Et, dans la plupart du temps, ce qu'on entend, c'est des commentaires positifs sur les soins et services qui sont donnés mais également des critiques, que je me fais alors un devoir de relayer aux gens de l'administration une fois que j'ai terminé la rencontre. Je dois dire que la plupart des remarques des personnes des comités des usagers ont trait à l'alimentation, au choix de l'alimentation, la façon dont les repas sont distribués, à quelle heure, etc., la difficulté de choisir mieux ses menus. Ça, c'est très important pour les personnes qui sont hébergées, dans leur vie quotidienne, et j'ai remarqué que c'était le thème principal des remarques qui m'étaient faites de la part des comités des usagers.

Alors, je crois que d'abord il faut reconnaître que cette question de la qualité des soins en milieu d'hébergement, c'est une question très importante pour une société comme la nôtre et une question qui n'est pas unique au Québec. On a tendance à toujours penser qu'au Québec il n'y a que chez nous qu'il y a ces problèmes qui se produisent. Ce n'est pas le cas, ça existe partout, on en a d'autres exemples comme ceux que je citais au début. Et je crois qu'on a là une réponse responsable, mesurée, équilibrée, qui devrait nous permettre d'avoir des résultats à plus long terme également quant à la qualité des services qui sont donnés dans nos centres d'hébergement.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Paquin: Ça va. Merci.

Liste des médicaments remboursables par la RAMQ

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, j'étais intrigué par certaines informations, notamment à la page 163, la réponse à la question posée par l'opposition officielle: le nombre de médicaments et produits retirés de la liste des médicaments, le nombre de médicaments ou produits et le motif. Pages 162 et 163, sur les 98 produits retirés, il y en a cinq qui ont été radiés mais qui demeurent inscrits à la liste de médicaments réservés aux établissements, 93 étaient retirés à la demande des fabricants. Qu'est-ce qui peut motiver le fabricant de demander le retrait d'un médicament de sur la liste de médicaments? Ça m'a frappé parce qu'il y en a un, si ma mémoire est bonne, que je prends pour des sinusites aiguës qui, semble-t-il, n'est plus sur la liste, ça m'intrigue. J'essaie peut-être... je ne peux pas passer à travers les 93, mais y a-tu plusieurs raisons qui amènent le fabricant à vouloir retirer... il demande le retrait du médicament?

M. Couillard: Bien, sans vouloir parler spécifiquement de chaque cas, puis il faudrait s'en garder, de façon générale, c'est souvent la disponibilité d'un nouveau médicament ou d'une forme améliorée du

médicament en question. Et d'ailleurs ça ajoute de l'eau au moulin à la question du gel des prix parce qu'un autre élément également... et je ne peux pas dire que c'est le cas d'un de ces médicaments, mais ça a été mentionné dans beaucoup de rencontres que j'ai eues avec des personnes du milieu pharmaceutique, c'est qu'il existe ce qu'on appelle des bons vieux médicaments qui sont là depuis des années et des années, qui fonctionnent bien, qui sont à un prix très, très, très bas, et, compte tenu du gel, le prix n'a pas évolué depuis 1994. Et les fabricants n'ont plus vraiment d'intérêt à les maintenir sur la liste active, de sorte que le dégel vise, entre autres — il y a d'autres buts qui sont visés — mais vise, entre autres, à permettre d'avoir un incitatif à conserver certains médicaments sur la liste lorsque c'est le motif.

Mais il y a d'autres motifs qui peuvent être très valables, comme le fait que le médicament n'est plus jugé cliniquement utile ou qu'il y a d'autres façons de traiter telle ou telle condition qui se sont maintenant manifestées. Vous remarquerez — vous l'avez fait vous-même — que c'est, en général et en presque totalité, le fabricant lui-même qui demande le retrait du médicament.

Le Président (M. Copeman): Mais, à ce moment-là, j'imagine que... je ne sais pas si c'est la RAMQ qui évalue les motifs de la demande. J'espère que ce n'est pas tout simplement automatique. Il doit y avoir un processus interne, propre au gouvernement, à savoir si on acquiesce ou pas à cette demande.

M. Couillard: Oui. Ce n'est pas des décisions unilatérales, c'est soumis au Conseil du médicament, et là c'est à la faveur d'amendements de la liste qu'on fait. Quand on fait la révision de la liste ou des amendements à la liste, soit on ajoute des médicaments à la liste régulière, soit on ajoute des médicaments à la liste d'exception, soit on en change de catégorie dans un sens ou dans l'autre, ou on en retire de la liste, et ça fait partie du travail du Conseil du médicament.

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

Mme Harel: Bien. Merci, M. le Président. Alors, si vous me le permettez, nous allons poursuivre l'échange avec les porte-parole de la Régie de l'assurance médicaments. D'abord, M. le Président, l'accessibilité aux médicaments a été quand même mise à rude épreuve, il n'y a pas eu de publication de liste de nouveaux médicaments qui s'est faite de façon régulière comme c'était le cas auparavant. Il y a beaucoup de médicaments qui sont passés de la liste générale à la liste d'exception avec toutes les difficultés que ça peut représenter et dont on nous a d'ailleurs abondamment parlé à la commission parlementaire sur le projet de politique du médicament. Il y a des médicaments qui étaient remboursés, qui ne le sont plus, et finalement, tout cela, supposément pour donner lieu à une administration plus serrée.

Puis, à la page 165, on constate que le retrait des produits de la liste des médicaments, donc 98 produits qui ont été retirés de la liste des médicaments, ont entraîné finalement une diminution des coûts, sur un budget de 3 milliards, de l'ordre de 6 millions. Puisque, comme l'indique bien d'ailleurs la note à la réponse, à la page 165:

Le retrait d'un produit est habituellement compensé par l'utilisation accrue de produits équivalents. Donc, il n'y a pas d'économie, mais ça complique la vie, ça complique la vie non seulement des personnes qui doivent prendre les médicaments, mais aussi de ceux et celles qui les soignent.

Alors, est-ce que le ministre a l'intention de reprendre avec régularité la publication de la liste des nouveaux médicaments qui sont autorisés sur la liste à rembourser?

M. Couillard: Bon. D'abord, M. le Président, le fait de ne plus faire de liste si fréquemment n'a eu aucun impact sur l'accessibilité, puisqu'on a procédé à des amendements répétés et réguliers à la liste des médicaments. Alors, je peux le dire, les dates où ils ont été faits: le 28 avril, 30 juin et 6 octobre 2004 ainsi que le 9 février 2005. Et il y en a un en cours, actuellement à l'étude, un amendement de la liste. Donc, il y a eu autant de produits ajoutés pendant cette période qu'auparavant.

Lorsqu'on parle de la liste d'exception, l'exemple que cite la députée montre précisément que les considérations budgétaires ne sont pas les seules, loin de là, qui sont à la base de ces décisions de retrait ou de changement de catégorie de médicament, mais beaucoup plus l'utilisation optimale et le bon usage des médicaments. Alors, en fait, c'est un argument de plus pour montrer qu'il ne s'agit pas que d'un exercice budgétaire, il s'agit également d'un exercice qui vise à bien faire correspondre l'utilisation des médicaments avec les données probantes de la littérature scientifique, et il faut le considérer dans ce sens-là. Et, oui, on va obtenir des bénéfices de la gestion du régime, mais à moyen et long terme, par un encouragement à l'utilisation optimale qui est elle-même favorisée par le mécanisme du médicament d'exception.

Le médicament d'exception, ce n'est pas un mécanisme unique au Québec. Il n'y a pas un seul régime d'assurance médicaments public qui n'a pas ce mécanisme-là dans son fonctionnement, et il faut reconnaître la valeur de ce mécanisme-là. On n'est pas à la veille de l'abandonner, là, je pense qu'il faut être bien clair là-dessus.

C'est une modalité qui doit être préservée. Cependant, elle doit être assouplie et rendue plus facile d'utilisation par les professionnels de la santé. C'est d'ailleurs pour ça qu'on commence... c'est encore un petit nombre de médicaments, mais on commence à rendre accessible le formulaire en ligne. Et on a, dans la politique du médicament, d'ailleurs, des propositions qui vont encore plus loin en termes d'assouplissement, notamment des catégories de professionnels pour lesquelles l'acceptation est automatique dans le cas de médicaments d'exception bien particuliers.

Et, pour ce qui est de la liste elle-même, le projet de politique est actuellement en discussion, fait état de la proposition de ne faire qu'une liste par année, mais des amendements répétés au cours de l'année qui en fait ont exactement le même impact en termes d'accessibilité de médicaments. Donc, les Québécois n'ont perdu aucune possibilité d'avoir accès à un nouveau médicament en raison du changement des façons de faire. Il s'agit de changements beaucoup plus souples et beaucoup plus faciles de mise en oeuvre et qui pour nous sont importants.

D'autre part, la question qui est liée à cette question des listes, c'est la question encore une fois des prix

des médicaments. Et, de plus en plus, les fabricants de produits pharmaceutiques nous disaient qu'ils retireraient leurs produits si l'augmentation de prix demandée n'était pas accordée. S'agit-il d'une menace en l'air ou non, c'est difficile de le dire, mais c'est l'attitude qu'on nous présentait au cours des derniers mois, qui a beaucoup diminué récemment, je dois dire, suite au dépôt de la politique du médicament. Vous voyez que les propositions d'augmentation et de dégel sont très modérées, puisqu'on parle de pourcentages qui ne viennent en application qu'après cinq ans d'inscription et qui sont très près du taux de... bien ils seront en fait inférieurs au taux d'inflation, au taux d'augmentation d'indices des prix à la consommation, et assortis d'une entente, un engagement du fabricant comme mesure compensatoire.

Alors, il s'agit d'augmentations très modestes qui visent également, d'une part, à préserver les médicaments les plus anciens sur notre liste lorsqu'ils sont utiles, et il y en a encore beaucoup qui sont utiles, et, d'autre part, nous donner un levier de plus pour l'utilisation optimale. Jusqu'à maintenant, nous avons la liste d'exception qui est un levier extrêmement utile et puissant pour l'utilisation optimale des médicaments. Maintenant, on aura également l'engagement des fabricants qui viendra nous aider encore plus à faire en sorte que l'utilisation optimale soit à l'ordre du jour, au cours des prochaines années.

• (16 h 10) •

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

Mme Harel: M. le Président, le ministre peut-il nous indiquer s'il y a eu augmentation du nombre de personnes, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, affectées au traitement des demandes d'autorisation des patients pour des médicaments d'exception?

M. Couillard: Vous allez nous donner quelques secondes. Si ce renseignement existe, on va le trouver. Je serais surpris qu'il n'existe pas, connaissant la rigueur de mon voisin de droite.

(Consultation)

M. Couillard: Alors, nous avons effectivement des chiffres extrêmement précis, non seulement des chiffres globaux, mais par catégories. Je suis moi-même impressionné, là, je dois vous dire, M. le Président, après avoir eu la réponse à cette question-là. En 2000-2001, il y avait 15 personnes qui étaient affectées à cette tâche; en 2001-2002, 22; 2002-2003, 31; 2003-2004, 31; et 2004-2005, 30. Donc, depuis les trois dernières années, on a eu une stabilisation de l'effectif, et l'augmentation avait commencé en 2000-2001. Bien sûr, avant le régime — et il s'agit d'un univers complètement différent — il n'y avait que sept personnes, là. Mais on comprend qu'on ne peut pas vraiment utiliser ça comme base de comparaison. Donc, voici donc les nombres. Il s'agit de pharmaciens, techniciens, agents de bureau, agent principal, auxiliaires en informatique et secrétaires. Le nombre de pharmaciens est intéressant. C'est peut-être la seule catégorie qu'on pourrait détailler. Il y avait, en 2000-2001, sept pharmaciens. Dans les trois dernières années, c'est 15; donc un peu plus du double de pharmaciens qui sont affectés au traitement des demandes d'autorisation.

Plaintes adressées à la RAMQ

Mme Harel: Merci. Alors, parmi les plaintes qui sont adressées par les personnes assurées à la Régie de l'assurance maladie du Québec, à la page 166, on retrouve un total de 2 725 plaintes. Compte tenu des 1 500 que le...

M. Couillard: Pourriez-vous répéter la page, s'il vous plaît?

Mme Harel: 166. Alors, on retrouve donc un total de 2 725 plaintes concernant les services et les programmes de la régie. Compte tenu qu'il y en a 1 500 qui ont porté surtout sur l'accès au système, à l'accueil, là, à la réception téléphonique, il en reste donc 1 225 autres. Sur quels sujets en particulier les plaintes sont-elles reçues à la régie?

Le Président (M. Copeman): M. Roy.

M. Roy (Pierre): M. le Président, je vais brièvement faire abstraction de ma rigueur.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy (Pierre): Je ne suis pas sûr si le nombre de plaintes qui figure là est le nombre de plaintes reçues versus le nombre de plaintes avec réponse, parce qu'à la régie il y a deux catégories. Évidemment, quand on reçoit une plainte, il y a une plainte sans réponse ou une plainte avec réponse ou, si vous préférez, une plainte fondée et non fondée. Parce que l'immense majorité des plaintes, comme je l'ai évoqué précédemment, sont des plaintes reliées à l'accessibilité au système téléphonique. Quant aux autres plaintes qui font l'objet d'une reddition de comptes annuelle, notamment au conseil d'administration, il n'y a pas de profil... Je ne peux pas vous dire: La deuxième catégorie en importance en termes de plaintes est la suivante parce que ce sont des situations multiples.

Ça peut être une personne qui se plaint des délais avant de recevoir sa carte d'assurance maladie, ça peut être une personne qui se plaint — parce que ça fait partie de nos engagements — de la courtoisie, de la confidentialité. Mais ça peut être une personne qui se plaint de l'accessibilité aux aides techniques, qui est un sujet qui revient souvent dans nos préoccupations. Donc, je pourrais difficilement vous dire: Voici la deuxième catégorie de plaintes.

Comme je vous dis, l'accessibilité téléphonique est réelle et majeure comme problématique reliée aux plaintes. Mais par la suite c'est différents cas, et je pourrais, si la commission le souhaitait, vous faire parvenir le rapport annuel de la Commissaire aux plaintes, dans lequel on retrouve le détail des différentes plaintes reçues. Mais je pourrais difficilement vous dire: Voici le deuxième type de plaintes en ordre d'importance, puisque, outre le système téléphonique, c'est une multitude de dossiers ad hoc.

Je vais vous donner un autre exemple. Des gens peuvent s'adresser chez nous et dire: Je suis allé dans un commerce, et le commerce a exigé que je produise ma carte d'assurance maladie, mettons, comme pièce d'identité, bon, ce qui est interdit en vertu de la loi. Alors, la plainte ne concerne pas comme tel la Régie de l'assurance

maladie, la plainte concerne l'utilisation qui a été faite par un tiers de la carte d'assurance maladie, auquel cas la Commissaire aux plaintes peut, à ce moment-là, juger pertinent d'intervenir auprès du commerce en question pour lui réitérer qu'en vertu de la loi on ne peut exiger la production de la carte d'assurance maladie.

Mme Harel: Merci. Effectivement, là, je pense qu'on peut retrouver les données dont vous parlez dans le rapport de la responsable... du Commissaire aux plaintes.

Frais de cabinet des médecins

Toujours dans ce document qui en fait est extrêmement utile parce qu'il nous donne un portrait de la situation, c'est à ça que sert aussi l'étude des crédits, notamment sur les revenus moyens. On retrouve ça à la page 151 et suivantes. Alors, revenu moyen des médecins spécialistes, vous les avez par spécialité...

M. Couillard: Vous allez me faire pleurer, Mme la députée.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Oui, c'est bien.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: C'est ça.

Le Président (M. Copeman): J'ai versé une larme pour vous quand j'ai vu les comparaisons, M. le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Alors, si on va à... attendez, neurochirurgie...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Mais on remarque donc, pour un total, là, si on additionne toutes spécialités confondues, un total de revenus moyens bruts, 250 792 \$, frais de cabinet, 21 733 \$, et revenus moyens nets de 229 059 \$. Alors, ça, c'est pour l'année qui s'est terminée au 31 mars 2004, c'est l'année 2003-2004. Et les frais de cabinet, ça, est-ce que c'est la composante dont on a beaucoup parlé, là, à l'occasion du débat sur l'incorporation des médecins ou à l'occasion aussi du débat sur l'offre de location gratuite de locaux pour les cliniques au-dessus des pharmacies? La composante immobilière, frais de cabinet, qu'est-ce que ça comprend?

M. Couillard: Ça comprend plusieurs éléments qui, comme je l'avais expliqué déjà à l'Assemblée nationale, ne sont pas détaillés. On ne peut pas dire que c'est tel, tel, tel élément, c'est tous les éléments dont l'ensemble constitue la pratique en cabinet. Ça peut être l'engagement de personnel, la papeterie, le loyer, les coûts administratifs, et ces montants-là sont inclus dans les facturations d'actes. C'est pour ça que, si vous regardez le livre des tarifs, selon la Régie de l'assurance maladie

du Québec, pour les médecins, vous allez toujours constater que le tarif en cabinet est plus élevé que le tarif en établissement, parce qu'on y incorpore la composante technique.

C'est important de le remarquer. Si vous allez voir le livre — d'ailleurs, c'est un livre qui est public, le livre des tarifs — vous allez voir qu'il y a tant pour le tarif en établissement puis il y a tant pour le tarif en cabinet, parce qu'on y incorpore ce qu'on appelle la composante technique ou la composante liée à la pratique. Et il faut encore... il faut insister qu'on ne peut pas dire: Bien, sur la composante technique, il y a tant pour le loyer, tant pour l'employé, tant pour la papeterie. C'est un chiffre global qui fait l'objet de négociations. À chaque fois qu'on négocie avec les fédérations, on négocie cet élément.

Regardez, par exemple, M. le Président, Mme la députée, le montant des frais de cabinet pour la radiologie qui sont très élevés, parce que, là, il y a des appareils de radiologie dans les cabinets qui doivent être amortis, le personnel technique est plus considérable. Si vous le comparez à la génétique, par exemple, qui est juste en dessous, l'ensemble des spécialistes en génétique travaillent en établissement presque exclusivement. Et vous voyez la ventilation selon le type de spécialité, là, qu'on...

Vous pouvez faire une corrélation assez grossière mais qui est quand même valable. Plus le montant est élevé, plus il y a d'activités en établissement; moins le montant est élevé, plus la pratique est concentrée en établissement. Alors, par exemple, dans les surspécialités chirurgicales, dont celle que j'exerçais auparavant, vous voyez que la majorité des pratiques sont maintenant, dans l'ensemble, concentrées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui n'est pas le cas... Par exemple, si vous regardez l'obstétrique-gynécologie ou d'autres spécialités de ce type-là, vous allez voir que les montants sont plus élevés, et le montant varie selon le type de composante technique. Plus on a besoin de personnel, plus le montant est élevé, par exemple.

Mme Harel: Est-ce que je comprends que ces montants de frais de cabinet font eux-mêmes l'objet de négociations?

● (16 h 20) ●

M. Couillard: Ce qu'on appelle la composante technique du tarif globalement fait l'objet de négociations. Je prends un exemple. Si on dit: Le tarif d'un acte x en établissement est de 30 \$, en cabinet, il est de 40 \$, bien le montant global de 10 \$ fait l'objet de négociations, mais il n'est pas disséqué en tant pour la secrétaire, tant pour le loyer, tant pour la papeterie, etc. C'est un montant qui fait l'objet de négociations à chaque renouvellement d'entente.

Mme Harel: Mais est-ce qu'il faut qu'il y ait des preuves que ces dépenses-là ont été effectuées ou payées?

M. Couillard: Non. Non, c'est un montant qui fait l'objet d'une entente préalable, c'est conventionné. C'est avec les fédérations médicales. C'est comme ça depuis le début des négociations, là, avec les fédérations médicales. En fait, souvent, les dépenses réelles sont plus élevées, mais il faut savoir que le médecin, qui est un travailleur autonome, peut par la suite utiliser les mécanismes fiscaux pour déduire de ses dépenses certaines de ses... Les dépenses réelles sont encore beaucoup plus

élevées que ça. Moi, je me souviens très bien combien ça coûtait, un cabinet, là, quand j'en ai eu quelques années. C'est beaucoup plus élevé que les montants qui sont là.

Mme Harel: Alors, ce qu'on retrouve à l'item Frais de cabinet, là, les montants qui sont là, en moyenne, dans le cadre du revenu des médecins spécialistes, ils sont de 21 733 \$ avec, comme vous le mentionnez, une réalité inversement proportionnelle au fait de pratiquer en cabinet ou de pratiquer en milieu hospitalier. Mais est-ce que ces frais de cabinet, eux, sont les mêmes que les montants... la composante technique, là?

M. Couillard: Non. Non, pas du tout. Il est impossible de... Je l'ai expliqué à l'Assemblée puis je le dis aujourd'hui: Il est impossible, dans cette composante technique, de disséquer qu'est-ce qui est le loyer, qu'est-ce qui est le frais de cabinet de ceci, cela. C'est l'ensemble de ce qui est associé à la pratique en cabinet, et c'est calculé comme un pourcentage du revenu généré en cabinet. C'est pour ça que ça varie selon le type d'activité des spécialités. Si vous regardez la dernière page, en dessous, la dernière ligne, les deux dernières: Les frais de cabinet correspondent à 35 % des revenus en cabinet privé, sauf pour la radiologie où ces frais sont calculés à 70 %. Alors, vous voyez que c'est très grossier comme calcul, là, on ne calcule pas de façon détaillée quels sont ces frais, on regarde dans les statistiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec les profils de pratique et de facturation, combien de revenus ont été générés en cabinet par rapport à combien ont été générés en établissement. En cabinet, on applique un pourcentage, et puis c'est ce qu'on reconnaît pour calculer et s'entendre sur le tarif ou la composante technique des tarifs.

Mme Harel: Tout ça se fait au moment de la négociation.

M. Couillard: Oui.

Mme Harel: Et, quand on regarde la page suivante en ce qui concerne la rémunération des omnipraticiens, là on voit que c'est une rémunération moyenne de 167 195 \$, avec des frais de cabinet de 29 525 \$, pour un revenu moyen net qui est de 137 670 \$. Alors, ces frais de cabinet, eux, comment sont-ils déterminés? Est-ce que c'est un pourcentage?

M. Couillard: C'est ça. On m'indique que c'est le même mécanisme que j'ai appliqué tantôt, ils sont inclus dans le tarif. Maintenant, quant au mécanisme de calcul, à la question précisément: Est-ce qu'on applique un pourcentage? Je l'ignore, là. Actuellement, je ne peux pas donner de réponse à cette question-là. On pourra l'éclaircir, si on le veut. Mais il faut... Ah! Peut-être qu'on aurait une... Est-ce qu'on a des détails de ça?

(Consultation)

M. Couillard: Bon. On me dit que ça a été estimé de l'ordre de 30 % pour les omnipraticiens. Mais encore une fois c'est estimé. Tout ça, c'est des estimés assez grossiers des frais de cabinet.

Mme Harel: Que cela soit déboursé ou pas déboursé, hein, c'est ça?

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire que c'est toujours déboursé. Quelqu'un qui a un cabinet est obligé de débourser des frais considérables. Comme je l'indique, en réalité, souvent, les frais sont plus élevés que ce qu'on...

Mme Harel: C'est-à-dire qu'on peut présumer qu'ils ont à débourser des frais, sauf si le loyer leur est offert gratuitement, et ainsi de suite, là. On présume qu'ils déboursent des frais mais qui peuvent leur être réduits de beaucoup, là, dépendamment des situations.

M. Couillard: Bien, ce n'est pas... Encore une fois, on ne peut pas faire cet exercice de dissection des parties de la composante technique des tarifs, là, parce que... légitimement, vous avez soulevé déjà... Mme la députée a soulevé à plusieurs reprises la question des loyers gratuits, puis c'est l'objet de discussions et d'évaluation avec l'Office des professions actuellement, cette question. Mais il faut également présumer qu'ils ont du personnel à payer, qu'ils ont du matériel de bureau à payer. Je n'ai jamais vu de personnel de bureau offert gratuitement, là. Ça, je ne me souviens pas d'avoir vu ça. Les loyers, il est possible effectivement que dans certains cas ça se soit passé.

Mme Harel: ...du personnel, comme il a été démontré, là, que du personnel leur soit fourni, par exemple, par la pharmacie voisine.

M. Couillard: Ça, je ne me...

Mme Harel: Alors, c'est-à-dire que ce soit inclus dans le prix de location.

M. Couillard: Je ne me souviens pas que ça ait été démontré, là.

Mme Harel: Ce revenu moyen brut, est-ce que c'est sur ce revenu moyen brut que l'impôt sur le revenu est à payer?

M. Couillard: Bien, quand on fait notre déclaration d'impôt, on indique le revenu de professionnel, on soustrait les dépenses professionnelles dont les dépenses de cabinet lorsqu'il y en a qui s'appliquent, et...

Mme Harel: Donc, c'est comme deux fois. Il y a à la fois une... ces frais de cabinet sont à la fois financés par la Régie de l'assurance maladie pour un montant moyen de 29 525 \$. Est-ce que c'est un montant moyen, c'est bien ça? Ce n'est pas un montant fixe, ça, 29 525 \$, hein? C'est un montant qui varie à plus ou moins 30 % des coûts?

M. Couillard: Bien, la personne déclare son revenu puis elle déduit ses dépenses qui souvent sont plus élevées que ces chiffres-là, en pratique.

Mme Harel: Mais son revenu comprend les montants qui lui sont attribués pour les frais de cabinet.

M. Couillard: Et sa pratique dans l'établissement, de même que sa pratique en cabinet, qui comprend une partie de composante technique dans la plupart des actes professionnels.

**Nombre de médecins désengagés
ou non participants à la RAMQ**

Mme Harel: Toujours dans le cahier de réponse, à la page 159, on retrouve un total de 101 médecins désengagés ou encore non participants à la Régie de l'assurance maladie du Québec. À ma connaissance, ce nombre était de 80 l'an dernier. C'est donc une augmentation... D'abord, je voudrais juste vérifier, là, de combien était-il l'an dernier?

Le Président (M. Copeman): M. le...

(Consultation)

M. Couillard: Oui, M. le Président. Je m'excuse, là, on va trouver le chiffre comparatif, là. Mais il y a actuellement, dans les dernières statistiques dont on dispose, sept médecins désengagés, 94 non participants.

Je vais donner la définition des deux parce que c'est important de comprendre la différence entre les deux. Un professionnel désengagé est un professionnel autre qu'un pharmacien qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime d'assurance maladie, mais qui accepte d'être rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente et les mêmes honoraires que ce qui est payé par la régie. Donc, on veut se soustraire, je ne sais pas dans quel but, là, du mécanisme de facturation à la régie, mais on est obligé de demander les mêmes tarifs que ceux qui sont négociés avec la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Un professionnel non participant est un professionnel qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime d'assurance maladie et qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente, etc. Donc, les patients assument seuls le paiement des honoraires, et, par la suite, bien sûr, comme ils sont non participants, il n'y a pas de remboursement de ces honoraires-là.

Pour ce qui est de la comparaison, je ne sais pas si on a pu l'obtenir? Ça, c'est l'an dernier?

Une voix: Oui.

M. Couillard: Alors, il y a eu, depuis l'an dernier, parce qu'on avait les mêmes chiffres, il y a eu deux médecins de plus désengagés — cinq à sept — et 20 de plus non participants sur un effectif de près de 16 000 médecins, au Québec, environ. Alors, on est encore dans un pourcentage extrêmement faible. Cependant, c'est une tendance qu'on va suivre, qu'on suit également, et on se préoccupe de l'impact potentiel si elle devait augmenter. Je ne pense pas qu'elle soit actuellement à un niveau préoccupant. Il y a des dispositions dans la loi, comme on le sait, qui permettent d'intervenir lorsque l'accessibilité est menacée ou qu'il s'agit d'un geste concerté. Ce n'est pas le cas actuellement, mais c'est une situation qu'on suit de près.

Mme Harel: Ça reste, en pourcentage, une augmentation assez importante, là. Il y avait 74 médecins non participants, il y en a donc 20 de plus, 94; 30 %, en

fait, si on veut le prendre en pourcentage. Quand le jugera-t-il préoccupant?

● (16 h 30) ●

M. Couillard: Bien, pour aller plus loin dans cette discussion-là, il faudrait voir la répartition des différents types de spécialistes. S'il s'agit de 20 personnes de plus dont 17 sont des spécialistes en chirurgie plastique qui font de la chirurgie esthétique, personne ne va vraiment se scandaliser de cette situation-là, là; ou des ophtalmologistes qui décident de ne faire uniquement que de la chirurgie de réfraction au laser en cabinet privé également, puis c'est la majorité des cas. Ceux dont il faut se préoccuper, c'est ceux...

(Consultation)

M. Couillard: O.K. Ceux où on doit se préoccuper — je m'excuse de l'interruption, là — c'est ceux qui deviennent non participants en offrant les services qui sont normalement assurés et qui pourraient éventuellement mettre en danger l'accessibilité d'une population aux services médicaux, et là je pense soit aux omnipraticiens soit aux médecins spécialistes dans le cadre d'activités assurées. Alors, c'est là qu'on a une ventilation qui est plus intéressante parce qu'on voit qu'en fait l'augmentation des non participants, c'est surtout du côté des omnipraticiens qu'on la retrouve. Parce qu'il y avait 27 omnipraticiens non participants l'an dernier; ils sont maintenant 46. Il ne s'agit pas tous et toutes de médecins qui font des cliniques privées d'urgence, comme on a vu cette année, il y a également toutes sortes de cliniques qui s'ouvrent, qui offrent des services non assurés, même assurés par des omnipraticiens... pardon, offerts par des omnipraticiens, des cliniques d'esthétique en particulier.

Alors, il faudra faire une étude plus détaillée du nombre de médecins et des caractéristiques de pratique de ces médecins-là. Mais je dirais que le nombre d'omnipraticiens qui sont non participants et qui font une pratique habituelle de médecine de famille est extrêmement faible, là. Il y a eu le cas très publicisé de la clinique d'urgence dont je ne me souviens plus le nom.

Puis, moi-même, M. le Président, je ne suis pas sûr que c'est une très bonne décision d'affaires. On verra, l'avenir, qu'est-ce qu'il apportera. Mais le fait de disposer, de la part des médecins, du régime public d'assurance maladie, c'est un gros avantage, en termes de profession. Évidemment, on parle toujours des lourdeurs du système et de la bureaucratie, mais c'est un avantage majeur en termes de garantie de revenu minimal. Lorsqu'on est soumis et qu'on veut bénéficier de toutes les joies du marché privé et de la compétition, il ne s'agit pas de joies universelles, et je ne suis pas certain que, dans tous les cas, il s'agit de décisions d'affaires fondées. Nous, on ne pense pas qu'il s'agit de l'avenir du système de santé au Québec, ce n'est pas en faisant ça qu'on aide au système de santé du Québec. Et le nombre est encore très petit par rapport au nombre total de médecins. Mais encore une fois c'est une situation qu'on suit de près.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Juste une petite dernière, M. le Président, parce que je relisais un écrit du ministre, le 4 septembre 2002.

M. Couillard: Ah! C'est dans le bon vieux temps.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Je ne sais pas s'il est nostalgique, mais je commence à le devenir, parce qu'il écrivait ceci: «Les fédérations médicales doivent engager avec l'État des discussions menant ultimement à un accord historique: l'abandon du mode de rémunération à l'acte et d'une petite parcelle d'autonomie professionnelle en échange d'un niveau de rémunération se situant à la hauteur de la moyenne canadienne.» J'aimerais ça l'entendre là-dessus.

M. Couillard: Bien, en gros, je demeure sur la même conviction. Les médecins ont fait l'erreur, depuis des années, de confondre mode de rémunération et niveau de rémunération. C'est deux concepts, deux concepts très différents. La seule modulation que j'aurais, maintenant que je regarde le réseau de la santé de l'intérieur et du poste que j'occupe, c'est qu'il faut être prudent dans l'abandon de la tarification à l'acte ou d'une partie de tarification à l'acte pour certains types d'activités, particulièrement les activités à haut volume, où on pourrait théoriquement engendrer un impact négatif sur l'accessibilité.

Mais en général, sur beaucoup d'activités spécialisées, je pense particulièrement aux surspécialités qui s'exercent en milieu universitaire ou en établissement, je pense que le mode de rémunération à l'acte est très peu compatible avec le type de médecine qu'on fait dans ces milieux-là. J'en étais convaincu alors puis je le suis encore maintenant: je pense qu'il y a effectivement là un changement historique à apporter en termes de mentalité.

Et la question de l'autonomie professionnelle est toujours ce qui hante les médecins depuis longtemps. Je pense qu'à bon droit la population bénéficie d'avoir des médecins qui ne sont pas assujettis au contrôle de l'État dans leur pratique quotidienne, dans leur relation entre le médecin et le patient. Cependant, ils participent à un régime public d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, ils font partie de la société, et je pense qu'il faut avoir un rôle social et un rôle d'engagement dans l'administration du réseau de la santé et dans le fonctionnement du réseau de la santé également.

Et je me souviens d'avoir eu à plusieurs reprises des discussions avec mes collègues lorsque j'étais directeur de département à Sherbrooke où on me disait: Écoute, pourquoi tu nous parles de ces affaires-là? Nous autres, on n'est pas là pour administrer, on est juste là pour traiter les gens; il faut laisser l'administration aux administrateurs, puis, nous, on ne s'en occupe pas, on s'occupe juste de la pratique médicale.

Bon. Ça semble une position qui est logique, mais en pratique elle est destructrice pour le système de santé parce que les gens les mieux placés pour influencer sur les décisions administratives, ce sont les praticiens, les gens sur le terrain et ceux qui donnent des services. Et, si les médecins se retirent... Et ils ne le font pas, il y a une tendance maintenant de plus en plus marquée des médecins à s'engager dans l'administration du réseau de la santé. Il ne faut pas qu'ils se retirent de ça, il faut au contraire qu'ils aient un rôle très actif dans l'administration du réseau.

Et d'ailleurs la preuve de ça, c'est que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a publié,

vers 2000, la liste des rôles ou des compétences qu'on attend d'un médecin pour les années 2000, et, parmi ces compétences-là, il y a bien sûr communicateur, expert, etc., mais il y a administrateur. Et il faut que le médecin participe à l'administration du système de santé et soit partie prenante des décisions qui sont prises, et ça, j'en demeure convaincu. Est-ce que j'aurais le bonheur de voir ça pendant l'exercice de mon mandat comme ministre de la Santé et des Services sociaux? On verra, mais je pense que c'est une conséquence inéluctable, à moyen ou à long terme, de l'évolution d'un système public d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation. Et encore une fois les médecins ne doivent pas faire l'erreur de confondre mode de rémunération et niveau de rémunération. Il s'agit de deux concepts qui sont différents.

Le Président (M. Copeman): Merci. D'ailleurs, je suis parfois étonné d'avoir des conversations avec des médecins. J'en ai eu une, il y a à peu près deux, trois semaines, un groupe de personnes étaient ici, en visite au Parlement, dans un autre cadre, et j'ai été littéralement accosté par un médecin qui était absolument indigné du fait que l'État essentiellement contrôlait divers aspects de sa rémunération.

Alors, il m'a dit, il m'a dit... comme je vous dis, avec une indignation... il vibrait avec indignation, il dit: Comparé à d'autres professions, pourquoi est-ce que, moi, ma rémunération est dictée par d'autres facteurs, incluant les négociations avec les fédérations et l'État? Et j'étais étonné. La réponse me semblait être très claire: C'est parce que les autres professions — architectes, comptables, avocats — ne sont pas rémunérées par l'État. Ça m'apparaissait tellement un argument de base. Mais j'ai comme parfois l'impression que, malgré le fait que les médecins ne sont pas salariés dans le sens du terme, ils oublient parfois que leur rémunération est essentiellement payée par les contribuables québécois, par l'État québécois. Ils peuvent choisir autrement, on voit les conséquences de ça. Mais d'être comparés à des avocats, des dentistes, des architectes, des ingénieurs, les autres professions, m'apparaissait très douteux comme discussion que j'ai eue avec lui. En tout cas, il défendait son point de vue avec force, jusqu'à tel point que j'ai été obligé de me retirer, me sauver de cette discussion... parfois.

M. Couillard: Vous savez, c'est une conversation intéressante, puis il y a également d'autres aspects. Les autres professions que vous mentionnez, comme les avocats, notaires, architectes, ils n'ont pas le niveau de revenus qu'ont les médecins à leur première, deuxième, troisième année de pratique. C'est quelque chose qui se construit progressivement au cours d'une carrière, et c'est un autre des gros avantages de bénéficier d'un régime d'assurance maladie et d'un tarif conventionné par l'État.

Et l'autre panneau dans lequel il ne faut pas tomber, c'est d'analyser les tarifs de l'assurance maladie du Québec comme étant la réflexion de la valeur que la société accorde à un acte médical. Par exemple, on enlève une tumeur cérébrale, c'est payé 1 200 \$, donc la société considère qu'enlever une tumeur cérébrale vaut 1 200 \$. Ce n'est pas du tout le cas. L'État s'entend avec la Fédération des médecins spécialistes sur une masse monétaire globale

et des objectifs de revenus et ils sont répartis à travers les différents actes de façon à générer cet objectif de revenu là. Ce n'est pas une traduction de la valeur intrinsèque que l'État ou la société apporte à un autre acte, et c'est un panache dans lequel on tombe souvent.

Le Président (M. Copeman): À ma droite...

Mme James: La députée de Nelligan.

Le Président (M. Copeman): Bon. Mme la députée de Nelligan, la parole est à vous.

Groupes de médecine de famille et cliniques-réseaux (suite)

Mme James: Merci beaucoup, M. le Président. M. le Président, on sait tous que notre gouvernement, et le ministre entre autres, a agi pour contrer la pénurie d'effectifs médicaux qui nous a malheureusement été laissée par nos prédécesseurs. Et, même ce matin, le ministre à plusieurs reprises nous a fait état de plusieurs actions qui ont été prises à cet égard, entre autres l'augmentation de cohorte en médecins, les deux facultés en région et entre autres les recours aux médecins à l'étranger, qui sont des actions qui sont très louables.

Mais ma question que j'ai à l'instant pour le ministre, M. le Président, serait sur les nouvelles initiatives qui ont été annoncées récemment, de la création de cliniques-réseaux. Est-ce que vous pouvez, M. le ministre, nous en parler plus long sur cette annonce-là qui a été faite?

M. Couillard: Oui. M. le Président, c'est un sujet extrêmement intéressant, puis je sais qu'on aura l'occasion d'y revenir au cours de la présente commission.

Deux constats d'abord à la base de cette nécessité d'aller vers cette formule. D'une part, c'est que nos salles d'urgence sont des milieux dans lesquels on retrouve des gens qui normalement devraient pouvoir être traités ailleurs que dans une salle d'urgence d'hôpital pour des problèmes de santé d'importance légère ou moyenne.

Deuxièmement, c'est que la formule de groupes de médecine de famille, que nous encourageons et que nous continuons à accréditer au moment même où on se parle, n'a pas suscité autant d'engouement... il y en a quand même, mais pas autant d'engouement en milieu urbain, notamment à Montréal, plus à Montréal qu'ailleurs, parce qu'à Québec ça fonctionne assez bien, les groupes de médecine de famille, mais, à Montréal, il ne semble pas y avoir eu d'adhésion marquée du corps médical à cette formule-là autant qu'on aurait espéré. Mais je répète qu'il y a des groupes de médecine de famille à Montréal, et on veut qu'il y en ait plus.

● (16 h 40) ●

Donc, ce qu'on a fait, c'est une formule qui est complémentaire, et je pense qu'il faut insister là-dessus: ça ne remplace pas les groupes de médecine de famille. D'ailleurs, il n'est pas exclu du tout, et les dirigeants de l'agence régionale le faisaient remarquer, qu'une clinique soit à la fois un groupe de médecine de famille et identifiée comme clinique-réseau. C'est une formule qui est là pour garantir l'accessibilité d'un bassin de population, et c'est très différent du groupe de médecine de famille qui

est là pour assurer le suivi et la prise en charge d'une clientèle inscrite. C'est deux concepts qui sont différents et complémentaires, ce n'est pas un concept qui s'oppose à l'autre. Quand on parle d'un groupe de médecine de famille, on parle d'environ 15 000 personnes ou un peu plus inscrites et suivies; lorsqu'on parle d'une clinique-réseau, on parle d'un bassin de population d'environ 50 000 personnes qui se voient offrir une garantie d'accessibilité, surtout dans les heures défavorables, pour être traitées.

Alors, dans ces cliniques, on aura une garantie d'ouverture... Si ma mémoire est exacte, on pourra retrouver des détails, mais c'est 12 heures par jour, je crois, les jours ouvrables, et 8 heures par jour les jours de fin de semaine et les jours fériés. Au cours de ces journées, les patients, les malades ou les clients pourront être vus par des médecins; 50 % des activités de ces médecins sont des activités de rendez-vous, donc de suivi de patients, et d'autres, des activités sans rendez-vous où on peut se présenter pour des urgences mineures.

L'autre gros avantage et qui est un autre constat qu'on a fait, c'est que les gens nous disent: Écoutez, c'est bien beau, si je vais à une clinique, d'abord, un, elles ne sont pas ouvertes dans les heures où j'aurais besoin d'y aller, compte tenu du travail puis des nécessités de la vie, et, deuxièmement, si j'y vais, de toute façon, le médecin va me dire: Bien, écoutez, il faut faire tel test ou telle radiographie ou telle prise de sang, et je me retrouve à la salle d'urgence de toute façon pour subir l'examen. Donc, il n'y a pas de gain pour moi d'être vu dans cette clinique. Alors, ce qu'on a finalement fait, et c'est un concept qui a été mis sur pied d'abord par le Département régional de médecine générale de Montréal avec l'agence régionale — il faut leur rendre justice d'avoir fait ce travail de débroussaillage et également notre volonté politique que ce projet voie le jour — c'est de prévoir qu'il y a un accès...

Deux éléments qui sont très importants. D'abord, l'accès à ce qu'on appelle le plateau technique, c'est-à-dire les prises de sang et les examens radiologiques de base — on ne parle pas d'examens très compliqués, les examens radiologiques de base — où les examens de sang sont faits dans la clinique même et l'échantillon acheminé au laboratoire de l'hôpital qui est partenaire et qui redonne les résultats au cabinet même du médecin, de façon à ce que le patient — lui ou elle — n'ait pas à se déplacer. Même chose pour les radiographies, où soit, pour les radiographies de base, le service peut être donné sur place, soit par corridor d'accès garanti dans le centre hospitalier immédiatement, sans passer par la salle d'urgence, et, à ce moment-là, le médecin en cabinet reçoit le rapport immédiatement et peut donner suite et prendre la décision qui s'impose sur le plan médical. Ça, c'est le premier élément, donc le plateau technique.

Le deuxième élément touche à un accord sur la facturation médicale et la fameuse question des plafonds des médecins. On sait que les plafonds des médecins omnipraticiens en cabinet existent encore. Il s'agit d'une disposition qui date de plusieurs années, que beaucoup voudraient voir disparaître, et il y a certaines raisons pour effectivement souhaiter qu'on aille de l'avant vers la diminution ou l'abolition graduelle de ces plafonds, parce qu'on a des exemples où on a pu prouver que ça nuisait à l'accessibilité en soins médicaux. Cependant, notre

philosophie a toujours été de les diminuer en échange de garanties de services et d'accessibilité. Donc, ce qui est prévu, c'est que les activités médicales des omnipraticiens faites dans les heures défavorables — le soir, les fins de semaine et les jours fériés — ne sont pas comptabilisées dans le calcul des plafonds, donc, en bon français, sont déplaçonnées.

Alors, on aura un grand nombre de médecins, j'en suis convaincu, qui vont être intéressés à travailler dans ces cliniques-là. On prévoit — c'est ce qui était prévu en juin — que la première soit accréditée. On voudrait — et ça, je me fie aux gens de l'agence régionale et le département régional de médecine générale pour que le rythme soit constant — on voudrait en avoir environ 14 pour la prochaine année, et par la suite on parle, dans un horizon moins défini, d'augmenter jusqu'à 35. Mais on sait qu'il y a 12 centres de santé et de services sociaux à Montréal, territoires locaux. Si on en a au moins une par territoire local au début, par la suite on augmente, c'est une très bonne chose.

Je sais qu'il y a énormément d'intérêt de la part des cliniques privées pour ça, pour devenir cliniques-réseaux. Et il n'y a pas que les cliniques privées, un CLSC peut devenir clinique-réseau également s'ils veulent, une équipe médicale de CLSC peut également devenir une clinique-réseau. Les gens du CLSC de Pointe-aux-Trembles, par exemple, sont intéressés à devenir une clinique-réseau, mais il faut offrir les mêmes services, il faut offrir les heures d'accessibilité défavorables également, et c'est essentiel.

Et on permet également, et c'est ce qui est notable comme tendance récemment, on permet de faire coexister les deux formules. Et un des effets secondaires, si je peux m'exprimer ici, de la formule de clinique-réseau, c'est que maintenant les médecins semblent plus intéressés à explorer le concept de groupe de médecine de famille. Maintenant qu'ils ont vu que la relation conventionnée avec le réseau de la santé n'est pas si menaçante que ça et peut même être bénéfique, bien, là, ils disent: Maintenant, on serait intéressés à parler de groupe de médecine de famille, on voudrait également être un groupe de médecine de famille en plus d'être une clinique-réseau. Puis ça, c'est très intéressant, puis il n'y a encore une fois rien qui s'oppose à ça, et il n'y a pas de contradiction.

D'autres questions qui se posent: Est-ce que la formule peut être appliquée à d'autres régions du Québec? Bien, essentiellement, ça dépend du choix de la région elle-même, c'est certainement possible. Je crois que ce type de formule est plus compatible avec un milieu urbain plus densément peuplé qu'avec un milieu rural où la formule de groupe de médecine de famille fonctionne assez bien en général pour l'accessibilité. Mais il est certain que d'autres régions, comme ici, la Capitale-Nationale, ou en Montérégie, dans le centre de la Montérégie où il y a une population très importante, seraient des candidats certainement potentiels pour appliquer cette formule.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme James: Oui.

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

Mme Legault: Oui. Il faut faire du pouce sur la question de ma collègue de Nelligan. Qu'est-ce qu'il y a en la relation conventionnée?

M. Couillard: Ah bien! Il y a la garantie du plateau technique, celle qu'on offre aux médecins, la garantie d'avoir accès pour leurs patients au plateau technique et avoir le résultat. On offre également un système — comment dire? — d'orientation pour que les patients les plus vulnérables soient acheminés vers des praticiens généraux pour qu'ils soient suivis par la suite. Il y a les services d'une infirmière qui est une infirmière du réseau de la santé, de l'établissement public qui est là pour coordonner tout ça, et il y a effectivement toute la question de la rémunération dont je viens de parler pour le déplaçonnement de certaines activités dans certaines heures.

Alors, tout ça fait partie d'une entente écrite, qu'on va signer d'ailleurs très prochainement, qu'on a déjà paraphée et qu'on va signer officiellement, mais l'entente est conclue et fait partie d'une entente formelle entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux d'abord pour la région de Montréal. On verra par la suite pour les autres régions, si le souhait en est exprimé. Mais il faut que le souhait vienne de la région. On n'ira pas, par exemple, en Montérégie, dire: Bien, vous êtes obligés d'avoir des cliniques-réseaux. Il faut que le Département régional de médecine générale de la Montérégie, avec ses établissements de santé, avec l'agence dise: Bien, voici une formule qui nous intéresse dans tel ou tel milieu, et là on va être intéressés à cheminer avec eux.

Certification des résidences privées hébergeant des personnes vulnérables

Mme Legault: Merci. J'ai une autre question d'un tout autre ordre sur la certification des résidences privées. On a entendu, en commission parlementaire sur le projet de loi n° 83, plusieurs organismes et associations, là, qui étaient concernés par le sujet puis qui souhaitaient une certification obligatoire.

Vous l'avez annoncé, hein, et je pense que ça, ça a été reçu avec un grand soulagement. J'ai devant moi un article du *Nouvelliste*, du 21 mai 2005, qui est signé par Mme Gagnon, et elle dit: «Ça fait des années que cette mesure est réclamée par tous ceux qui se préoccupent du sort des personnes âgées et qui ont été sensibles à des cas d'horreur qui ont défrayé la manchette dans le passé. De la Commission des droits de la personne en passant par le Protecteur du citoyen et l'Association de défense des droits des retraités, tous souhaitent que Québec se donne un droit de regard sur ce type d'hébergement, parce que l'État a une responsabilité envers les personnes vulnérables qui sont plus susceptibles d'être exploitées.»

Bon. Vous avez annoncé cette certification pour les résidences de personnes âgées, mais il y a aussi les autres clientèles vulnérables. Pouvez-vous nous faire le point, là, sur la situation, s'il vous plaît?

M. Couillard: Bien, d'abord, effectivement, le milieu des résidences privées a fait l'objet de remarques, mais il faut quand même noter, puis on est tous conscients de ça, qu'il se fait également du très bon travail dans les

résidences privées. On sait qu'avec le programme Roses d'or, par exemple, on reconnaît la compétence de beaucoup de ces milieux-là. Et il n'y a pas de corrélation directe entre le fait d'être une résidence privée et avoir des mauvais services; ça, je pense qu'on est tous d'accord là-dessus, mais il faut rétablir la chose.

Mais il existe cependant des circonstances qui ne sont pas acceptables, dans lesquelles l'État a une responsabilité, surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées qui ont, ce qu'a appelé notre consoeur d'Hochelaga-Maisonneuve, dans un terme d'ailleurs que j'utilise maintenant à profusion, «la perte d'autonomie évolutive», c'est-à-dire le processus à partir duquel une personne âgée devient de moins en moins autonome avec les années. Bien, là, il y a une zone grise de responsabilité et certainement que l'État, le réseau public a une responsabilité.

Ce qu'on avait initialement prévu dans le projet de loi n° 83, c'est le fait de rendre obligatoire la résidence, mais obligatoire, entre guillemets... la certification — pardon — seulement lorsqu'il y avait une relation de référence, c'est-à-dire que si l'établissement public avait référé une personne, et il ne pouvait le faire qu'à un établissement privé possédant une telle certification. Bon. Il y avait une logique à ça. D'abord, que les personnes âgées, en perte d'autonomie pour la plupart, transitent, à un moment ou l'autre, dans le réseau de la santé, donc, finalement, seraient, à un certain moment, toutes captées dans ce processus-là. Et, d'autre part, il y avait une considération qui s'est avérée non fondée à la suite des consultations en commission parlementaire, c'est que le jeu de l'offre et de la demande ferait en sorte que les propriétaires de résidence privée verraient là un incitatif se disant: Si je suis certifié, j'aurai plus de clientèles ou de références. Bon.

● (16 h 50) ●

Effectivement, on nous a fait remarquer plusieurs éléments, à la commission parlementaire. L'un d'entre eux est d'abord le fait qu'on n'est pas dans une situation d'offre et de demande normale, c'est-à-dire que les gens n'ont pas vraiment le choix, hein? Quand on perd de l'autonomie, il faut qu'on aille en résidence privée, il n'y a pas beaucoup de places disponibles, puis ce n'est pas une situation où on magasine. À moins qu'on ait des revenus importants puis qu'on ait accès à certains types de résidence, là, c'est rare qu'on a beaucoup le choix dans les endroits où on peut aller. Deuxièmement, il y a la question de responsabilité, là, philosophique et fondamentale du réseau de la santé lorsque les gens sont en perte d'autonomie. Et également le fait qu'il fallait avoir une vision qui soit cohérente avec le registre qui avait été mis en place, c'est-à-dire que, si on demande l'enregistrement, un registre, il faut qu'outre la vérification d'inscription on ait également une vérification des activités qui y ont lieu.

Alors, ce qu'on prévoit, à la faveur d'amendements qui seront introduits lors de la reprise des activités de cette commission sur l'étude article par article, c'est de rendre obligatoire la certification pour toutes les résidences inscrites au registre, et on discutera, à ce moment-là, des critères sociosanitaires qui seront reconnus par règlement, mais il s'agit de critères qui sont déjà très bien connus en termes de catégories. Il s'agit de respect des droits et libertés, de la nutrition, de l'assistance physique, les soins et services professionnels lorsqu'ils sont organisés, les secours immédiats, la médication, la sécurité physique

des personnes, l'adaptation des lieux pour la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie et bien sûr le respect des autres règlements qui s'appliquent, notamment les règlements municipaux, protection d'incendie.

On a eu des exemples. Je l'ai cité à plusieurs reprises, cet exemple, parce qu'il m'a beaucoup impressionné, parce que les...

Une voix: ...

M. Couillard: Oui. Granby est une région que vous connaissez bien. Évidemment, la crainte, c'est de transformer le réseau de la santé en une vaste agence d'émission de permis puis très lourde et que les gens sont entièrement dévolus à cette tâche plutôt que de faire les autres tâches de dispensation de services auxquelles évidemment ils doivent s'attarder de façon prioritaire. Mais l'expérience de Granby montre qu'il est possible, en bien coordonnant les interventions, d'une part, du réseau de la santé, d'autre part, du monde municipal, de faire un très beau travail et très productif de façon très légère, et je pense que c'est important.

On a également permis l'intervention de la Protectrice des usagers dans les résidences privées, et c'était également quelque chose qui était demandé de façon très insistante. Il n'y avait pas de certitude... Actuellement, dans l'état actuel des lieux, la Protectrice des usagers peut théoriquement intervenir dans les résidences privées, mais si le propriétaire le permet finalement — et ce n'était pas tout le temps possible — de sorte que maintenant elle pourra intervenir de sa propre initiative ou sur signalement dans une résidence privée.

Il y a également la question des autres clientèles, les autres clientèles dites vulnérables: santé mentale, déficience intellectuelle, toxicomanie, où là également on va proposer des modalités. Il faut reconnaître qu'il s'agit de réalités qui sont différentes de celles des personnes âgées. Il faut s'assurer de bien adapter les modalités à cette réalité qui est différente. Il s'agit de personnes qui habitent des milieux diversifiés, très différents les uns des autres, et de personnes qui résident souvent de façon transitoire dans ces milieux-là, ce qui rend très difficile la définition légale de ces milieux. Ce n'est pas comme une résidence privée de personnes âgées qui devient la résidence officielle et permanente d'une personne, et ce n'est pas le cas du tout dans ces autres endroits là. Là, on va faire en sorte qu'on ait plus d'encadrement pour également ces autres clientèles vulnérables que sont les personnes avec des problèmes de santé mentale, déficience intellectuelle, toxicomanie.

Je pense qu'il s'agit d'un progrès non seulement pour le système de santé, mais pour notre société, cette certification des résidences privées, un progrès qui est d'ailleurs accueilli très largement de façon positive, d'après ce que j'ai vu des réactions des associations de personnes âgées. Un progrès qui est également un équilibre entre la capacité d'intervenir de l'État, ses responsabilités et une intrusion trop marquée dans la vie privée et le domicile des gens, et, je pense, quelque chose qui va nous rehausser globalement en termes de milieu de société au Québec et, j'espère même, servir d'exemple ailleurs. Parce qu'on sait que, comme je l'ai dit ce matin, la situation n'est pas exclusive au Québec. On a tendance, au Québec, à toujours se regarder puis avoir l'impression

qu'on est les pires dans tout. Ce n'est pas le cas. La même situation existe ailleurs, et je présume même qu'on va regarder avec intérêt ce que nous faisons, au Québec, dans d'autres juridictions.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Toujours, j'imagine, sur le sujet de la RAMQ, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: M. le Président, j'ai bien peur qu'on ne puisse pas terminer à 18 heures, étant entendu que je suis la seule et vous — avec vous aussi — à poser des questions dans le dossier de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Mais un mot cependant, M. le Président, pour vous dire combien je me réjouis que le ministre se soit enfin rallié à la position que l'opposition officielle a exprimée durant tout le mois de février et mars, en commission parlementaire, lors de l'étude du projet de loi n° 83.

L'hébergement privé pour des personnes en perte d'autonomie, c'est, comme je l'ai dit à plusieurs reprises, un milieu de vie substitut, dans lequel la personne en perte d'autonomie doit trouver toutes les conditions appropriées de sécurité, d'hygiène, de saine alimentation, et ce que je souhaite, M. le Président, c'est que nous connaissions le plus vite possible les critères sociosanitaires. Parce qu'il n'est pas tout de certifier, encore faut-il certifier en fonction de critères sociosanitaires et de qualification des personnels. On ne pourrait pas imaginer une certification qui n'aborde pas la question de la qualification requise par les personnels qui ont à vivre et à accompagner les personnes en perte d'autonomie. Alors, une certification sans critères sociosanitaires et sans critères sur la qualification requise des personnels, ça n'existerait pas, ce serait finalement une coquille vide. D'autre part, c'est bien évident, M. le Président, qu'une certification sans surveillance, bien, ma foi, ce serait une coquille vide également. Ça n'aurait la valeur que celle du papier sur lequel la certification serait décernée.

Alors, cette surveillance, le ministre va devoir la préciser, parce qu'à la question posée lors de l'étude des crédits sur le nombre de contraventions données à des résidences privées d'hébergement qui ont omis de produire, auprès des régies régionales ou des agences en fait qui leur ont succédé, une déclaration concernant les renseignements nécessaires à la tenue du registre de résidences pour personnes âgées, la réponse, c'est: Aucune contravention n'a été donnée en vertu de l'article de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Alors, c'est donc dire, M. le Président, que, si la certification dépend du registre et que le registre n'est pas l'objet d'une surveillance appropriée, alors tout ça tourne en rond, comme vous pouvez l'imaginer.

Le ministre se satisfait virtuellement d'avoir certifié les résidences privées d'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie, mais, à partir de cette décision, il faut qu'il assume maintenant, à la fois, de les certifier en fonction de critères sociosanitaires qui ne nous sont pas connus mais qui seront l'objet d'un débat public certainement, mais qu'il s'emploie également à surveiller cette certification pour qu'elle signifie en fait un milieu de vie qui soit adéquat pour les personnes en perte d'autonomie. Alors, première réflexion, M. le Président.

Groupes de médecine de famille et cliniques-réseaux (suite)

Et deuxième réflexion également sur ce que j'appelle les groupes de médecine de famille à rabais — parce que c'est de ça dont il s'agit — les GMF à rabais que sont les cliniques médicales associées devenues des cliniques-réseaux. J'avais fait venir, par l'intermédiaire de la loi d'accès à l'information, il y a quelques semaines déjà, de l'Agence régionale de Montréal, tout le dossier de ce qu'on appelle les cliniques médicales associées. En fait, c'est faute de volonté politique d'implanter les GMF à Montréal qu'on se retrouve avec des GMF à rabais que sont les cliniques médicales associées. La preuve, M. le Président, pensez que, dans un milieu comme celui d'Hochelaga-Maisonneuve, où se retrouvent 58 000 personnes... Vous savez, au Québec, il y a 1 000 villages de moins de 1 000 habitants. On peut donc signaler qu'un quartier comme Hochelaga-Maisonneuve, que j'ai l'honneur de représenter à l'Assemblée nationale, c'est finalement un milieu de vie important où habitent des personnes, dont un nombre impressionnant de personnes âgées, plus important que la moyenne québécoise, et de familles monoparentales. Alors, M. le Président, est-ce qu'il y a un GMF? Non. Est-ce qu'il y a une CMA? Non.

● (17 heures) ●

Je faisais venir, aujourd'hui même, l'information sur les cliniques accréditées dans le cadre des cliniques médicales associées, qui changent de nom, là, je comprends que c'est devenu des cliniques-réseaux. Alors, utilisons cette nouvelle expression. Et les trois cliniques dont on parle pour l'ensemble de l'arrondissement Hochelaga-Maisonneuve—Mercier, où réside 120 000 personnes, eh bien, ce sont toutes des cliniques qui sont au nord de la rue Sherbrooke, soit la Clinique Maisonneuve-Rosemont, située sur le boulevard l'Assomption, à côté de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, soit la Clinique 3000, qui est située sur la rue Bélanger, ou encore la Polyclinique Cabrini, toujours sur la rue Bélanger. Alors, ça signifie qu'au sud du boulevard Rosemont jusqu'au fleuve il n'y a ni GMF ni clinique-réseau.

Et, si on regarde celles des cliniques que je viens de mentionner qui ont été accréditées, alors on se rend compte qu'elles font finalement très peu de sans rendez-vous. Par exemple, la Clinique médicale Maisonneuve-Rosemont fait 31 % de sans rendez-vous. Le reste... 31 %... Excusez-moi, font peu d'avec rendez-vous. Parce qu'on sait que les malades chroniques, les personnes vulnérables, de quoi ont-elles besoin? C'est d'un suivi régulier. Sans rendez-vous, ça signifie sans suivi. Alors, ce qu'il faut promouvoir, c'est le rendez-vous qui permet à ces personnes d'être suivies d'une manière régulière, en n'ayant pas besoin de recommencer à chaque médecin traitant son histoire de cas, puis d'être suivie régulièrement. Alors, la Clinique médicale Maisonneuve-Rosemont, 31 % avec rendez-vous; le Centre médical Hochelaga, 31 % avec rendez-vous. Ça, ce sont deux des cliniques-réseaux dont le ministre vient de parler, c'est-à-dire essentiellement des cliniques qui se spécialisent dans le sans rendez-vous.

Et les échos sur cette entente que le ministre s'approprierait à signer prochainement avec l'agence régionale sont assez mitigés. Le ministre serait surpris des téléphones que j'ai reçus de la part de médecins qui actuellement

exercent dans des cliniques avec rendez-vous, et qui font du rendez-vous, et qui se disent choqués de voir que les médecins de leurs cliniques sont recrutés pour des raisons d'argent. Parce que, s'ils s'en vont dans les cliniques-réseaux, ils se font brandir l'argent qu'ils vont faire en surplus, étant donné la levée du plafond sans rendez-vous. Si on avait levé le plafond avec rendez-vous, j'aurais pu comprendre, mais, quand on lève le plafond sans rendez-vous, qu'on favorise le sans rendez-vous qui est le sans suivi, n'est-ce pas, quand on lève le plafond de la rémunération et qu'on permet à des cliniques qui obtiennent ce statut d'aller recruter et d'aller débaucher en fait des médecins qui font du rendez-vous, qui font du rendez-vous dans des cliniques, bien je pense que ça peut avoir des effets pervers, M. le Président.

Et en fait la question qui se pose, c'est: Combien cela va-t-il coûter? Combien vont coûter ces cliniques-réseaux qui sont des cliniques privées pour lesquelles on va investir finalement des équipements, du personnel? Combien cela va-t-il coûter, et qui va payer? Est-ce que c'est à la charge du budget déjà réduit par les prélèvements faits dans le dossier de l'équité interrégionale? Est-ce que c'est à la charge de l'Agence régionale de Montréal? Alors, je pense qu'il n'y a pas de quoi pavoiser. D'abord, les cliniques-réseaux, c'est le constat de l'échec des groupes de médecins de famille par le présent gouvernement, sur l'île de Montréal du moins. Voilà.

M. Couillard: Bien, plusieurs sujets, M. le Président, passionnants. D'abord, parlons de la dernière phrase, l'échec des groupes de médecine de famille puis la volonté politique. En fait, la réalité, comme c'est souvent le cas, c'est le contraire, M. le Président. Quand on est arrivé au gouvernement, en avril 2003, et ça, c'est trois ans après qu'un de mes prédécesseurs, M. Trudel — on peut mentionner son nom maintenant qu'il n'est plus à l'Assemblée — avait dit que, dans quelques mois, le Québec serait couvert de GMF, donc en avril 2003, il y avait 19 GMF au Québec, 19. Il y en a maintenant, en date d'aujourd'hui, 104. Alors, le gouvernement qui avait une volonté politique d'en avoir, des groupes de médecine de famille, le gouvernement qui a investi pour en certifier et en accréditer, c'est le gouvernement du Parti libéral du Québec. C'est plate, mais c'est ça, la réalité, puis la réalité a la déplorable habitude de se mettre devant les impressions préalables.

Maintenant, lorsqu'on parle des cliniques-réseaux, ce n'est pas en opposition avec les groupes de médecine de famille, je l'ai dit, il y en a 10, groupes de médecine de famille à Montréal actuellement, il y en a plus qu'en Estrie. Et puis, si on veut qu'il y en ait plus, qu'il y en ait plus. Il n'y a pas un seul projet en attente, au ministère, actuellement, d'accréditation de groupe de médecine de famille pour Montréal. Si la députée veut être utile, qu'elle aille voir ces médecins, qu'elle leur demande de soumettre des projets. On est prêt à les recevoir puis à les accréditer rapidement. Moi, je peux prendre l'engagement à la députée que, si un médecin de son comté nous fournit, nous soumet un projet de groupe de médecine de famille, on l'étudiera et on le certifiera rapidement, mais il faudrait qu'on reçoive ledit projet.

Et ce qu'on a maintenant comme phénomène, c'est qu'effectivement les gens sont intéressés aux deux: ils veulent être clinique-réseau, ce qui est complémentaire

aux groupes de médecine de famille. Il y a de plus en plus d'intérêt pour les deux formules qui sont complémentaires et non pas une contradiction.

Finalement, le choix ici, c'est lequel? C'est, pour des raisons un peu dogmatiques et de rigidité, on va rester comme on est, puis il n'y aura rien, c'est-à-dire que, dans deux, trois ans, bien il y aura encore le même nombre de groupes de médecine de famille, ou un peu plus, puis il n'y en aura pas, de cliniques-réseaux. Ça fait que les gens continueront à aller à l'urgence pour une entorse à la cheville ou pour un problème banal, et on aura la même situation, mais au moins on aura suivi le dogme et on aura appliqué la méthode mur à mur, et ce n'est pas notre façon de faire.

Alors, si on n'est pas d'accord là-dessus, c'est correct, ça fait partie du jeu politique puis de l'alternance démocratique. Ce qu'on pourra faire... ce que la députée pourra faire, c'est faire campagne, à la prochaine campagne électorale, sur la résiliation des contrats de cliniques-réseaux et leur fermeture, et on verra l'accueil que la population fera à cette proposition. Et là je présume que la formule aura un certain succès auprès de l'électorat et sera accueillie favorablement par la population.

Et ce n'est pas tout le monde qui a une réaction mitigée. Je comprends que tout ce qui est nouveau parfois suscite des réactions mitigées. Moi, ça ne me stresse pas que les gens ne soient pas tous d'accord avec ce qu'on fait, ça fait partie de la réalité de la vie et de la réalité d'une société. Mais il y a eu des commentaires très positifs, comme l'éditorial de la *Gazette* du 11 mai 2005 qui dit qu'effectivement c'est un élément de créativité et que ça fait longtemps que ça aurait dû arriver dans le réseau de la santé à Montréal, la création de ces cliniques-là.

Mais encore une fois il n'est pas du tout dans notre idée de nuire au développement des groupes de médecine de famille. Demain, si la députée m'envoie un projet de groupe de médecine de famille d'Hochelaga-Maisonneuve, je vais demander aux équipes du ministère de l'accréditer le plus rapidement possible. Ce n'est pas le ministère de la Santé et des Services sociaux qui dit: Bien, telle clinique médicale, vous allez devenir un groupe de médecine de famille demain. Ce n'est pas de même que ça marche. C'est le contraire, c'est la clinique médicale ou le groupe de médecins qui dit: Bien, nous autres, on voudrait être un groupe de médecine de famille, puis qui présente un dossier à l'agence, puis qu'ensuite il est acheminé au ministère. Alors, c'est pour ça qu'il y en a 10 d'accrédités à Montréal, puis je souhaiterais qu'il y en ait plus, puis je pense qu'il y en aura plus. Et je ne crois pas du tout que les cliniques-réseaux vont nuire au développement des groupes de médecine de famille. Ce n'est pas incompatible du tout.

Et d'ailleurs on faisait... Elle a raison, la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, lorsqu'elle parle de l'équilibre entre les activités avec rendez-vous et sans rendez-vous. C'est pour ça que la formule des cliniques-réseaux prévoit 50 % d'activités avec rendez-vous et non pas 31 %. Donc, pour les...

Mme Harel: 30 %.

M. Couillard: Bien, pour la formule, c'est 50 % qu'on demande. Alors, il faut que... On vérifiera cet élément-là, mais ça va être un progrès.

Puis encore une fois le choix qu'on offre aux citoyens dans cet échange, c'est ça ou rien. Alors, restons enchaînés au modèle qu'on a mis sur pied et ne faisons rien de plus, n'ayons pas d'imagination, c'est interdit d'avoir de l'imagination, restons bien orthodoxes, puis, dans deux, trois ans, on va être encore là, autour de la table, à se dire: Bien, comment ça se fait qu'on n'a pas plus d'accessibilité puis que les patients ne peuvent pas voir des médecins le soir puis la fin de semaine? Qu'est-ce que c'est qu'il faudrait donc faire? Puis on va être encore dans la même réflexion. Nous, on prend l'initiative.

D'ailleurs, il y a un groupe de médecine de famille récemment qui a demandé d'être reconnu comme clinique-réseau déjà, à Montréal, puis le contraire, des cliniques qui se sont manifestées comme cliniques-réseaux qui maintenant demandent s'ils ne pourraient pas devenir groupes de médecine de famille également parce qu'ils ont moins d'appréhension à la formule compte tenu du fait qu'ils viennent d'établir une relation avec le réseau de la santé puis qu'ils voient que ce n'est pas une catastrophe. Alors, il n'y a pas d'inquiétude à avoir là-dessus, je veux dire, de scénario d'abolition des GMF.

Puis encore une fois je reviens à la réalité, cette triste chose qu'est la réalité, M. le Président, c'est que la formation politique qui en accrédite, des groupes de médecine de famille, puis qui a la volonté politique de les voir se répandre sur le territoire, c'est nous. C'est plate, mais c'est comme ça. Entre 2000 puis 2003, ils avaient amplement le temps d'en faire plus que 19 au Québec, amplement le temps. Je parlais, l'autre jour, des 900 millions qu'on a envoyés dans les bases budgétaires des hôpitaux, à pure perte, là, qui ont été engloutis là. Bien, là-dedans, on aurait pu en faire, des groupes de médecine de famille, puis peut-être qu'il y en aurait eu 70, 80, 100 à notre arrivée. Mais la réalité, c'est que, quand on est arrivé, il y en avait 19 puis maintenant il y en a 104. Et je pense qu'il y a là un bilan dont il y a de quoi être fier.

Mais encore une fois je respecte tout à fait la possibilité qu'on ne soit pas d'accord sur le concept des cliniques-réseaux. À ce moment-là, on fera campagne mutuellement, dans deux ou trois ans, sur le bilan de ces cliniques-là, et de leur donner plus d'envol, et de les garder, ou de les annuler, ou de résilier leurs contrats d'affiliation. Puis ce sera un débat intéressant, j'en suis certain.

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

• (17 h 10) •

Mme Harel: Oui. M. le Président, moi, je n'ai pas les pieds dans ville Mont-Royal mais dans Hochelaga-Maisonneuve. Et, dans Hochelaga-Maisonneuve, je dis ceci, et je le dis pour tous les quartiers qui lui ressemblent, et c'est finalement la réalité montréalaise, alors je dis ceci: Ou bien le ministre déplaçonne tous les services cliniques qui sont rendus ou bien il va se retrouver avec les effets pervers de déplaçonne seulement dans certaines cliniques la rémunération pour attirer des médecins, et puis il va habiller Pierre en déshabillant Jean.

D'abord, le ministre qui a annoncé ces cliniques-réseaux, je constate qu'il confond à tort le 50 % des heures cliniques qui doivent être données au 30 % des heures-médecin dans les sans rendez-vous. C'est 30 % seulement dans les cliniques-réseaux avec rendez-vous plutôt. C'est 30 % des services avec rendez-vous seulement. Et j'ai

fait venir, par la loi d'accès à l'information, là, les documents de l'agence régionale. Ils m'ont envoyé leur présentation. Alors, c'est 30 % de services avec rendez-vous. Ça veut dire que 70 % le sont sans prise en charge. C'est ça qu'on avantage et ce n'est que ça que je reproche au ministre.

Ce que je reproche, c'est d'abord d'avoir retardé les groupes de médecins de famille. Ce n'est pas en 2000, comme il a prétendu, là, ce n'était même pas... le rapport de Michel Clair n'était même pas encore publié, puis M. Trudel, dont il a nommé le nom, n'était même pas encore nommé, il le fut seulement en 2001. Et, quand il a mis en place les groupes de médecins de famille, je rappelle que le premier qui les a retardés, sous prétexte de les faire évaluer, et ça a été une des réponses données en juillet et en période de questions tout l'automne 2003, c'est le ministre qui est devant nous aujourd'hui. Et, quand il compare Sherbrooke avec Montréal en disant qu'il y a autant de groupes de médecins de famille à Montréal qu'à Sherbrooke, oui, il y a 300 000 personnes au maximum dans la région de l'Estrie puis il y a 2 millions sur l'île de Montréal. Alors, je lui demanderais d'avoir un certain sens des réalités.

Alors, je reviens, M. le Président, pour vous dire que c'est imprudent d'offrir des incitatifs à ceux qui ne font pas de prise en charge avec rendez-vous. C'est imprudent. Oui, c'est imprudent parce que ça va favoriser l'absence de suivi et ça va favoriser le sans rendez-vous parce que le plafond de la rémunération a sauté. Alors, il va pouvoir y avoir plus de sans rendez-vous, et on verra l'impact de ça. Si je me trompe, je le dirai l'an prochain, au moment où on fera l'étude des crédits, M. le Président, mais j'aimerais, si le ministre se trompe, que lui-même convienne de le reconnaître aussi. Parce que, qu'est-ce que vous voulez, qu'il y ait des incitatifs à ceux qui font de la prise en charge avec rendez-vous, oui, qu'il y ait des incitatifs à ceux qui ne font pas de prise en charge et qui font du sans rendez-vous, non. C'est simple, là, c'est, il me semble, évident.

Alors, je comprends que le ministre a choisi, et je trouve ça imprudent, d'aller vers des cliniques sans rendez-vous au moins à 70 %. Ça ne va pas faciliter et ça ne répondra pas aux besoins des personnes vulnérables, des malades chroniques qui ont besoin de régularité. Alors, voilà l'essentiel de ce que je dis, et je dis au ministre de suivre son affaire de près parce que ça peut avoir des effets pervers importants. Voilà.

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

M. Couillard: Bien, je reviens à la réalité pour les groupes de médecine de famille. La réalité, c'est qu'il y en avait 19 en avril 2003 puis il y en a 104 maintenant. C'est une réalité qu'on ne peut malheureusement pas contourner. Alors, personne ne peut nous accuser d'avoir retardé ou diminué le déploiement des groupes de médecine de famille parce que les faits montrent clairement que c'est du contraire dont il s'agit. Et ça revient finalement au fait que ces deux formules-là sont des formules complémentaires, et pas une formule qui est à opposer l'une avec l'autre. Le clinique-réseau n'est pas là pour ne faire que de la prise en charge, est là pour donner également une accessibilité particulièrement dans les heures défavorables, ce qui n'est pas le cas pour plusieurs patients de l'île de Montréal ou plusieurs personnes de l'île de Montréal. Et c'est

deux bassins de population différents, c'est deux concepts différents, et je ne crois pas, puis l'avenir le dira, que ça va entrer en compétition avec les groupes de médecine de famille.

Puis j'encourage la députée d'Hochelaga-Maisonneuve à faire des pressions sur les médecins de son territoire pour qu'ils demandent leur incorporation de groupes de médecine de famille. Lorsqu'il y a une pression de l'élu local, en général on peut convaincre les médecins de s'engager dans cette formule-là en leur montrant les bien-fondés de cette formule-là. Et, moi, je pense que ça va être un ajout très positif à notre système de santé, dont on pourra évaluer bien sûr les résultats à terme, mais, moi, je suis personnellement très heureux qu'on ait fait cette ouverture-là qui montre la capacité d'innover, d'imaginer, d'aller en dehors des sentiers battus et de ne pas rester enfermés dans un modèle, là, mur à mur et rigide, ce qui est souvent le cas malheureusement. Alors, il y a là encore une fois de quoi se féliciter mutuellement. Je comprends que la députée ne peut pas participer à la félicitation aujourd'hui, elle voudra peut-être le faire dans l'avenir, on verra.

On pourra également suivre les résultats de la mise en application de cette formule-là. Et, moi, j'ai bon espoir et bonne impression qu'il s'agira, là, d'un succès qui s'ajoutera au succès des groupes de médecine de famille. Notre attitude n'est pas de dire: Bien, les groupes de médecine de famille, ça ne marche pas, on va arrêter ça puis on va faire autre chose. C'est deux choses différentes et complémentaires. On ne parle pas du même concept. On ne parle pas du même rôle non plus. Alors, il n'y a rien qui empêche les groupes de médecins de devenir des groupes de médecine de famille, qu'ils soient ou non des cliniques-réseaux. Il n'y a rien qui empêche les groupes de médecins oeuvrant en CLSC, par exemple, de demander d'être une clinique-réseau, absolument rien. On les accueille même avec satisfaction, celles qui le feraient. Et je pense qu'on devrait reconnaître qu'il y a possibilité, encore au Québec, d'innover puis d'imaginer des formules qui sont mieux adaptées aux réalités urbaines.

Et je pense que personne ne peut nier le fait — c'était le cas avant qu'on arrive également — personne ne peut nier le fait que les médecins de Montréal ont manifesté relativement peu d'intérêt pour la formule de groupes de médecine de famille. Pourquoi? Parce qu'à Montréal, entre autres, bien il y a la mobilité de la population qui est très importante; deuxièmement, il y a également le fait qu'il y a beaucoup de ce qu'on appelle les petits cabinets, à Montréal, qui est une réalité qui n'est pas très présente ailleurs en région. «Petits cabinets», on veut dire des cabinets de un ou deux médecins ensemble. Et c'est clair qu'un ou deux médecins ensemble ne pourront jamais former de groupe de médecine de famille. C'est une réalité qui n'existe pas ou très peu ailleurs en région. Alors, ça, c'est une autre explication du fait que les groupes de médecine de famille n'ont pas pris l'envol qu'on souhaiterait à Montréal et qu'on veut les voir prendre.

Puis je rappellerais, en terminant, que la circonscription de Mont-Royal ne comprend pas que ville Mont-Royal, elle comprend également le quartier Côte-des-Neiges. Bien sûr, on ne fera pas de compétition, qui s'occupe du quartier le plus défavorisé, là, mais je ne pense pas qu'on peut qualifier le quartier Côte-des-Neiges de Montréal de quartier favorisé sur le plan économique.

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

Mme James: Merci, M. le Président. Ma question s'adresse au Dr Roy. J'aimerais revenir sur la...

Des voix: ...

Mme James: Pardon, M. Roy.

M. Couillard: ...M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Ça dépend du point de vue, M. le ministre.

Situations irrégulières en matière d'assurance maladie

Mme James: J'aimerais revenir sur la question des assurés illégaux. On se rappelle, il y a peut-être un an, M. le Président, il y a eu l'histoire de certaines personnes qui étaient reliées à une compagnie d'avions étrangère, qui avaient reçu le statut irrégulier concernant le régime d'assurance médicaments. Puis je me demandais, M. Roy, comment la RAMQ a-t-elle contré ce problème et comment envisage-t-elle prévenir une répétition d'une situation semblable.

Le Président (M. Copeman): M. le président-directeur général de la RAMQ.

M. Roy (Pierre): M. le Président, je me demandais si, avec l'affirmation de la députée de Nelligan, je devais aller voir à la page dont j'ai oublié le numéro pour voir quel serait mon salaire moyen au cours de la prochaine année.

M. Couillard: Mais il n'y aura pas de frais de cabinet.

Le Président (M. Copeman): D'habitude, ça varie beaucoup par spécialité, M. Roy. Faites votre choix judicieux.

M. Couillard: Radiologie, c'est bon.

M. Roy (Pierre): Radiologie.

Le Président (M. Copeman): J'ai toujours trouvé que dermatologie, ce serait une bonne spécialité. Il y a de moins en moins d'urgence dans ce cas-là. Mais allez-y, M. Roy.

M. Roy (Pierre): Alors, effectivement, il y a presque un an, en avril dernier, on avait rendu public le rapport suite à l'enquête qui avait été faite sur les allégations de présumée filière marocaine et d'obtention de façon frauduleuse de certaines cartes d'assurance maladie. Depuis cette date, plusieurs gestes ont été posés par la régie pour resserrer ces mécanismes de contrôle. Évidemment, il y a des gestes, je dirais, autant a posteriori qu'a priori qui ont été posés.

● (17 h 20) ●

Quand je parle de gestes a posteriori, je parle notamment de l'augmentation du nombre d'enquêteurs

qui donc interviennent soit sur présomption ou sur dénonciation de situations irrégulières. Donc, le nombre d'enquêteurs a été augmenté à l'équipe de Montréal, ce qui a fait en sorte qu'au moment où les événements dont vous parlez sont survenus on avait 735 dossiers d'enquête ouverts, l'ajout d'enquêteurs a permis de ramener ça à un niveau plus acceptable qui se situe aux alentours de 400 et qui est le niveau de dossiers ouverts qui peut être traité à l'intérieur d'une période de 12 mois.

On a mis aussi en place des mécanismes, je dirais, de gestion a priori ou de prévention, c'est-à-dire notamment de mettre en place une équipe de pré-enquête et une équipe de gestion des risques pour revoir les processus, questionner les processus et voir de quelle façon on pourrait améliorer les mécanismes en place d'authentification et de certification d'admissibilité.

On a aussi fait appel à de l'expertise externe dans différents domaines. Par exemple, on a fait appel à l'expertise du Centre de recherche informatique de Montréal pour réexaminer avec nous nos processus d'affaires en matière d'admissibilité. On a aussi fait affaire avec l'Agence des services frontaliers du Canada pour d'une part revoir avec eux les mécanismes de détection de faux documents. Il peut arriver que des gens nous présentent de faux papiers, de fausses cartes, de fausses pièces d'identité, de faux baux, de faux... bon, différents faux, et il faut être en mesure de détecter de tels documents frauduleux. Donc, l'Agence des services frontaliers du Canada a travaillé avec nous pour qu'on soit en mesure d'évaluer ces faux documents. On a aussi eu des échanges avec eux sur les moyens à mettre en place pour assurer une identification la plus certaine possible des citoyens.

Autre démarche qui a été faite, parce qu'on en avait beaucoup parlé à l'époque, c'est ce qu'on a appelé le resserrement du seuil des cartes émises à une même adresse. On avait évoqué, au moment de l'enquête, qu'on pouvait tolérer — et là je cite les articles de journaux — 12 personnes inscrites à une même adresse. Évidemment, il fallait nuancer ça parce qu'effectivement il y a beaucoup d'adresses où il est normal que 12 personnes et plus résident. Que ce soient des centres d'hébergement, que ce soient des centres de détention ou d'autres types d'établissements de cette nature, c'est normal qu'il y ait 12 personnes et plus qui y résident. Par contre, dans d'autres situations, ça peut être un peu plus discutable, et ça nous a amenés, comme on l'avait annoncé à l'époque, à revoir le seuil. Évidemment, on n'a pas affiché publiquement quel était le seuil maintenant que nous tolérons ou acceptons avant de faire un contrôle, vous comprendrez pourquoi, mais ces gestes-là ont aussi été posés.

Et, je dirais, de façon plus globale, on a amorcé, au cours de la dernière année, tel qu'on l'avait annoncé dans le plan stratégique 2004-2008 de la Régie, une opération de modernisation de nos processus d'admissibilité, donc revoir l'ensemble de nos processus. Ça fait quoi maintenant, 35 ans, que la Régie existe et donc que le régime d'assurance maladie existe? Donc, 35 ans de façons de faire qu'il vaut sûrement la peine de questionner d'une part pour voir dans quelle mesure on peut simplifier nos processus, dans quelle mesure on peut utiliser des technologies plus modernes, comme par exemple les services en ligne, tout en combinant cette réflexion sur la simplification à une réflexion sur les mécanismes de contrôle qui parfois peuvent

aller en contradiction avec un objectif de simplification. Mais tout ça dans l'objectif de s'assurer que seuls ceux qui ont droit aient accès à une carte d'assurance maladie.

Donc, un certain nombre de gestes de renforcement au niveau des enquêtes mais aussi renforcement au niveau des processus avant l'émission de la carte et concertation avec différents partenaires qui font face à une même problématique ou qui peuvent nous offrir une expertise.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Nelligan.

Mme James: J'ai terminé.

Le Président (M. Paquin): Merci. Mme la députée de Chambly.

Poursuites judiciaires impliquant la RAMQ

Mme Legault: Merci. J'ai une question aussi pour M. Roy. Aux pages 154 et 155 du cahier des réponses aux questions générales et particulières, relatives aux frais évidemment de défense, parce que, là, vous êtes amenés à rendre un certain nombre de décisions à l'égard soit des personnes assurées et de professionnels et que ces décisions-là peuvent faire l'objet d'appel... Et là je comprends que, bon, il y a des sommes de 333 000 \$ qui ont été déboursées et que, pour la même période, les sommes réclamées sont de l'ordre de 1 303 000 \$. Quelle est la nature des appels ici?

M. Roy (Pierre): Ceux auxquels vous faites référence, à la page 154, sont essentiellement des dossiers de réclamations adressées à des professionnels de la santé pour des services que nous estimons non médicalement requis. Pour vous expliquer sommairement comment nous procédons, évidemment la Régie, compte tenu des sommes impliquées et compte tenu du nombre de personnes impliquées et du nombre de transactions — on parle de 50 millions, par exemple, de transactions au niveau de la rémunération des professionnels de la santé — a mis en place, comme elle l'a fait dans le secteur des services pharmaceutiques, différents mécanismes de contrôle qui permettent de détecter, si je puis dire, lorsque des situations nous apparaissent problématiques, soit la fréquence d'un examen rendu ou le type d'examen rendu qui dévierait par rapport aux pratiques habituelles observées.

Lorsque de telles situations sont constatées, la Régie, une fois le dossier complété, soumet ce dossier-là à un comité de révision, qui est constitué en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, composé de médecins, et qui examine le dossier soumis par la Régie, qui peut entendre le professionnel de la santé concerné, et qui par la suite nous fait des recommandations en disant: Après analyse du dossier, nous constatons que les prétentions de la Régie sont fondées, ou les prétentions de la Régie ne sont pas fondées, ou elles sont fondées partiellement, nous fait une recommandation qui peut parfois mener à une réclamation auprès du professionnel de la santé concerné. Le professionnel de la santé concerné peut, à ce moment-là, tenter un recours... tenter un recours, porter la cause en appel devant le Tribunal administratif, et ici vous avez un certain nombre de dossiers qui sont

effectivement en instance de réclamation auprès de certains professionnels de la santé.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Chambly.

Mme Legault: Bon. Oui, merci. Et le Conseil d'arbitrage, lui, il intervient quand?

M. Roy (Pierre): Le Conseil d'arbitrage, lui, intervient lorsqu'il y a un différend sur l'application d'une entente. C'est un mécanisme prévu à l'intérieur de l'entente avec la Fédération des médecins spécialistes ou la Fédération des médecins omnipraticiens, et lorsqu'il y a une divergence d'interprétation sur la portée d'une clause... On sait que les clauses des ententes avec les fédérations médicales sont parfois assez complexes, peuvent parfois porter à interprétation. Alors, lorsqu'il y a une mésentente sur l'interprétation d'une clause, c'est le Conseil d'arbitrage, qui est un mécanisme prévu à l'entente avec les fédérations médicales, qui intervient pour trancher en quelque sorte quel est le sens réel à donner à la clause qui fait l'objet d'un litige.

Mme Legault: Très bien. Et puis, juste une question de précision aussi, sur les causes qui sont devant le Tribunal administratif du Québec, là, je comprends bien pour les professionnels de la santé, mais les 321 appels logés par une personne assurée, c'est de quelle nature?

M. Roy (Pierre): Je peux vous donner des exemples. Je vous ai parlé, tout à l'heure, du programme qui a été mis en place avec le ministère du Revenu pour vérifier l'admissibilité à l'assurance médicaments. Il peut arriver donc que dans certains cas nous jugions une personne inadmissible au régime public d'assurance médicaments et que nous demandions à ces personnes de nous rembourser les montants déboursés par la régie au cours des 12 ou 18 derniers mois. Une personne peut contester cette réclamation de la régie, demander une révision dans un premier temps et, si elle n'est pas satisfaite, s'adresser au Tribunal administratif pour qu'il entende sa cause.

On entend souvent... souvent, à l'occasion parler, par exemple, de personnes qui aimeraient obtenir des services hors Québec, soit au Canada, ou plus fréquemment aux États-Unis, ou à l'extérieur du Canada comme tel, et qui, devant une décision de refus d'assumer les frais par la régie, peuvent décider d'aller soit en révision ou éventuellement d'aller au Tribunal administratif.

Il peut arriver d'autres cas reliés à l'admissibilité à l'assurance médicaments. La régie, par exemple, refuse de délivrer une carte parce qu'elle estime qu'avec les preuves qu'elle a en sa possession la personne n'a pas résidé 183 jours au Québec, comme l'exige la réglementation, et qu'elle refuse d'émettre une carte, et que la personne décide de contester cette décision. Alors, c'est des illustrations de ce que représentent les 300 quelques causes qui sont actuellement en traitement au Tribunal administratif.

Mme Legault: Merci.

Le Président (M. Paquin): Ça va?

Mme Legault: Oui, ça va, merci.

● (17 h 30) ●

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Maskinongé.

Mme Gaudet: Merci, M. le Président. M. le ministre, tout d'abord, un commentaire et une question. J'aurai, dans les jours qui viennent, le très grand privilège d'assister à la naissance d'un groupe de médecine familiale, médecine de famille. Alors, pour le comté de Maskinongé, c'est une bonne nouvelle, parce que, comme vous le savez, on est une des régions, la Mauricie, où il y a une pénurie de médecins. Et, quand vous recommandiez, tout à l'heure, à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve de s'impliquer avec ses médecins pour faire en sorte qu'émergent soit des cliniques-réseaux ou des groupes de médecine familiale, je trouve que vous faisiez là un très bon commentaire. Je prends à titre d'exemple des interventions et des rencontres que j'ai faites au niveau du comté de Maskinongé, parce que, lorsqu'il y a un manque de médecins et lorsque les citoyens manquent de services, à ce moment-là c'est un peu comme une roue qui tourne, il se crée une certaine morosité. Et je dois vous dire que, pour la population de Maskinongé, c'est une très bonne nouvelle, et j'ai très hâte, là, que les citoyens et les citoyennes participent à cette annonce, là, de la naissance d'un groupe de médecine familiale.

Services de santé et services sociaux pour les autochtones

Ceci m'amène à vous faire préciser, M. le ministre, une réponse, une réflexion que vous avez faite ce matin, lors de la période des questions, concernant une de vos priorités qui consiste à donner aux autochtones des soins de santé de très grande qualité. J'aimerais vous entendre sur les actions que vous avez prises jusqu'à présent, et quels sont les plans que vous envisagez pour l'avenir pour la santé de ces populations autochtones, et également quelles sont les incidences budgétaires reliées à cette entente.

M. Couillard: Alors, M. le Président, effectivement, parmi nos quatre priorités identifiées dès le début du mandat, quatre priorités qui n'ont pas changé d'ailleurs depuis le début du mandat, figure la question de l'état de santé, des services santé et services sociaux aux populations autochtones. Et plusieurs, surtout dans les régions du sud, se sont demandés: Pourquoi donc ajouter cette priorité au niveau des priorités ministérielles? Il faut avoir visité ces communautés et voir les indices de santé souvent malheureusement désastreux qui sont les leurs pour voir à quel point il est prioritaire que notre société reconnaisse sa part de responsabilité dans les changements de mode de vie qui sont actuellement vécus dans ces communautés et qui ont des effets extrêmement sérieux sur l'état de santé des populations. Et il y a plusieurs exemples de ça, et, par manque de temps, on ne les détaillera pas. Mais, si on regarde les statistiques d'espérance de vie, de taux de dépendance, toxicomanie, taux de suicide, taux de détresse des jeunes, il y a des indicateurs qui sont beaucoup plus mauvais que ceux des populations du sud.

Alors, j'ai eu l'occasion, hier, avec mon collègue le député de Jacques-Cartier et ministre délégué aux Affaires autochtones... Et je crois que ça fera plaisir

à l'ensemble des parlementaires parce qu'il s'agit d'une suite et d'une continuité de la «Paix des Braves» qui a été signée par le précédent gouvernement avec les Cris de la Baie-James, «Paix des Braves» à laquelle d'ailleurs notre formation politique avait souscrit, il faut s'en souvenir, à l'époque. Et on est contents de faire acte de continuité et d'aller plus loin dans cette entente-là.

Il faut se souvenir que, dans l'entente de la «Paix des Braves», il était prévu qu'un des chapitres de la Convention du Nord du Québec et de la Baie James qui n'était pas encore résolu, le chapitre portant sur les soins de santé et les services sociaux, devrait faire l'objet d'une entente. Et ça a été le cas, et cette entente, outre les bénéfices qu'elle apporte pour la population crie, permet également l'abandon des poursuites judiciaires qui étaient en cours. Parce qu'il faut savoir que les populations de cette région du Québec avaient intenté des poursuites devant les tribunaux pour le non-respect du chapitre XIV de l'entente de la Baie James qui touchait aux services de santé pour des montants excessivement importants et qu'il y a donc là de quoi se réjouir.

La démarche également est à souligner. La démarche qui a mené à l'annonce d'hier est à souligner parce qu'elle est très respectueuse de la réalité et de l'autonomie des peuples autochtones et s'inscrit d'ailleurs dans la foulée de la «Paix des Braves», qui est une entente de nation à nation, comme on l'a dit à l'époque et comme on le répétait hier, à Chisasibi. On a d'abord demandé aux Cris de la Baie-James de faire un bilan de leurs besoins et de leurs priorités et de faire un plan stratégique. Et ça, ce n'est pas évident parce que c'est toute une nouvelle mentalité à développer où il faut amener une communauté à faire des choix. Tout est prioritaire en santé et services sociaux, tout est important, mais il faut choisir quels sont les secteurs dans lesquels on veut investir en priorité dans le temps et selon l'importance des moyens qu'on veut y consacrer. Ce plan stratégique a été fait d'ailleurs avec la collaboration de gens du ministère et d'autres gestionnaires expérimentés du réseau mais par les Cris et pour les Cris, comme je le disais ce matin, d'après leur réalité et pour les situations qu'ils vivent.

L'entente dont il a été question hier et que j'ai rappelée aujourd'hui prévoit des investissements très importants au cours des prochaines années, basés autour du plan stratégique. Il n'y a pas eu d'entente tant que le plan stratégique n'était pas fait, parce que maintenant on a une ossature, on a un squelette sur lequel s'appuyer pour amener et diriger les investissements au cours des prochaines années. Il s'agit d'investissements d'ailleurs du budget... d'abord, du budget de fonctionnement du conseil régional — il s'agit d'une structure administrative particulière dans le territoire de la Baie-James — une augmentation de 40 millions sur cinq ans du budget de fonctionnement, ce qui est considérable, et, sur le budget des immobilisations, une augmentation de 112 millions sur sept ans, environ 16 millions par année pour les sept prochaines années, pour plusieurs projets, que ce soient des nouvelles cliniques ou la rénovation des installations existantes, et également des dispositions pour le logement des personnels de santé et de services sociaux dans ces régions. On sait que, si on veut attirer le personnel là, il faut leur offrir des conditions de logement qui sont compatibles avec leurs besoins.

L'entente prévoit une clause d'indexation, donc peut être renouvelée, et prévoit que, pour deux secteurs,

on pourra conclure d'autres ententes qui sont en dehors du cadre déterminé. Il s'agit notamment des activités de télémédecine, qui sont appelées à croître de façon importante au cours des prochaines années, et de la dialyse rénale. Pourquoi la dialyse? Parce qu'on sait que le diabète est très, très fréquent dans les populations autochtones, particulièrement chez les Cris, et que l'insuffisance rénale est une complication malheureusement fréquente du diabète, donc que le besoin en hémodialyse va croître de façon importante au cours des prochaines années dans ces populations. Bien sûr, on fait également des efforts de prévention du diabète, changement des habitudes alimentaires, etc.

Les Inuits, de l'autre côté du Nord, également voudraient avoir une entente similaire. Ils commencent le processus seulement. Ils sont encore à l'étape où il faut qu'ils décident avec nous de se livrer à l'exercice du plan stratégique, et on espère que ça va être fait également de leur côté parce qu'essentiellement les mêmes problèmes se vivent d'un côté et de l'autre du Nord-du-Québec. Et tout ça est relié sous un vocable qu'on appelle l'ethnostress, c'est-à-dire le stress du choc de deux ethnies, de deux cultures différentes, la nôtre et celle plus traditionnelle des peuples du Nord. Et il n'y a pas de doute que le contact avec notre civilisation a apporté des bénéfices sur le plan de l'économie, de l'emploi, du développement en général mais a eu également des effets secondaires négatifs dans le domaine de la santé et dans le domaine social, et je pense que c'est notre responsabilité de reconnaître ça et de compenser par les investissements qu'on a annoncés hier. Et, comme je le dis, j'espère qu'on va suivre et entreprendre la même démarche avec les Inuits.

Il faut se souvenir que le reste des populations autochtones qui sont dans les réserves sont sous la responsabilité du gouvernement fédéral et que le résultat du traité, de la Convention du Nord du Québec et de la Baie James, c'était de transférer la responsabilité, pour les services de santé et les services sociaux, du gouvernement fédéral au gouvernement du Québec pour ces peuples conventionnés dans le Nord-du-Québec. Alors, c'est pour ça qu'on a, aujourd'hui, cette responsabilité. Et les dirigeants des Cris... dont le chef Ted Moses, hier, saluait l'attitude du Québec très constructive par rapport aux peuples autochtones, si on la compare avec ce qui se vit ailleurs en Amérique du Nord et dans le monde, et avait même le projet, comme il l'avait d'ailleurs à la signature de la «Paix des Braves»... il évoquait, hier, la possibilité de présenter cette entente sur la santé à d'autres peuples autochtones en Amérique du Nord et dans le monde comme témoin de l'ouverture d'esprit et de la capacité d'une société d'intégrer ces préoccupations.

Le Président (M. Paquin): Merci, M. le ministre. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Oui. Alors, M. le Président, pour le bénéfice de Mme la députée de Maskinongé et pour le bénéfice de tous les membres de la commission, je voudrais déposer les renseignements particuliers qui ont été transmis par le Secrétariat aux affaires autochtones lors de l'étude d'avancement des travaux entre le Secrétariat aux affaires autochtones et le ministère Santé et Services sociaux sur un éventuel plan d'action sur les services de santé et les

services sociaux pour les peuples autochtones, alors la réponse étant la suivante: «Il n'existe pas de travaux entre le Secrétariat aux affaires autochtones et le ministère de la Santé et des Services sociaux sur un éventuel plan d'action sur les services de santé et les services sociaux pour les peuples autochtones.» Alors, avec votre permission, cela a été déposé dans la Commission parlementaire des institutions, mais je crois que, pour le bénéfice des membres de la Commission parlementaire des affaires sociales, je crois qu'il serait utile que cela soit inscrit dans nos travaux.

Alors, ce dont le ministre a parlé concerne les Cris, et je crois comprendre qu'éventuellement il pourrait y avoir également une planification stratégique avec les Inuits. Mais, à l'égard des nations autochtones qui se trouvent sur le territoire du Québec, il n'y a pas malheureusement de planification stratégique.

M. le Président, je voudrais faire un effort pour qu'on puisse libérer nos amis de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Alors, s'ils préfèrent revenir à ce moment-là... s'ils préfèrent revenir, j'aurais d'autres questions.

● (17 h 40) ●

Juste en passant, Mme la députée de Maskinongé, je crois qu'il serait intéressant, M. le Président, qu'elle vienne passer une journée à Montréal, notamment dans les quartiers du bas de la ville, où elle constaterait qu'il y a un très grand nombre de cliniques privées. Il n'y a pas une absence, si vous voulez, de médecins. Très souvent, c'est directement proportionnel même, je vous dirais, à l'état de revenus de la population. Moins les revenus sont élevés, souvent plus il y a de cliniques privées, puisque la pauvreté, comme vous le savez, entraîne très souvent un état de santé qui n'est pas ce qu'on peut souhaiter. Cependant, ces cliniques privées ne font pas de prise en charge, ne font pas de rendez-vous, ne font pas de suivi.

Et, si Mme la députée veut venir avec moi passer une journée, je suis prête à faire la tournée pour qu'on aille ensemble leur parler de groupes de médecins de famille avec prise en charge, avec suivi, mais elle va constater, comme j'ai eu l'occasion de le constater également, que cela malheureusement intéresse parfois très peu certains membres de la profession médicale et qu'il ne faut pas les inciter à continuer dans ce sens en leur permettant d'avoir une récompense pour continuer à ne pas faire de prise en charge, à ne pas faire de suivi, à ne pas donner de rendez-vous. Ce qui m'amène encore à redire que les cliniques-réseaux où on récompense ceux qui ne font pas de prise en charge en levant le plafond de la rémunération, bien ces cliniques-réseaux, c'est un risque qu'il y en ait moins, de prise en charge. C'est là l'essentiel de mes propos.

Services de santé non assurés

Alors, à la page 133 du cahier de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur les services qui ne sont pas assurés par la Régie de l'assurance maladie, j'aimerais examiner peut-être un certain nombre de situations qui amènent des gens à m'écrire. Je ne dois pas être la seule, M. le Président, certainement que certains d'entre nous devons recevoir ces courriels de nos concitoyens et concitoyennes qui protestent, par exemple. Et j'en ai reçu plusieurs, surtout pendant l'hiver, concernant les frais de 10 \$ qui sont chargés par les ophtalmologistes à chaque visite pour mettre des gouttes dans les yeux.

Alors, j'ai ici, là, un certain nombre de correspondances à cet effet, dont une personne à qui j'ai promis que j'allais poser la question, parce qu'il m'écrit très régulièrement en me disant avoir de nombreux problèmes oculaires qui l'obligent à consulter régulièrement l'ophtalmologiste. C'est une personne à très faibles revenus et qui m'écrit que chaque fois il y a des frais de 10 \$ qui sont imposés, à chaque visite, pour payer les gouttes. Pas pour mettre les gouttes dans les yeux, mais pour payer les gouttes. Il trouve que c'est bien cher la goutte. Il dit — il est atteint de cécité totale: «Je n'ai besoin que d'une goutte par oeil.» Et là il rappelle qu'on lui a déjà diagnostiqué récemment un ulcère cornéen, et il revoit son ophtalmologue deux fois par semaine, et c'est toujours 10 \$ à chaque visite. Alors, qu'en est-il, là, de ces frais de 10 \$ par visite?

Il a proposé d'apporter lui-même les gouttes et il me dit... je ne sais si c'est le cas, là, mais il me dit: «Cette suggestion me fut proposée par une employée de la RAMQ. À l'occasion d'une de mes trop nombreuses visites, j'ai demandé à mon ophtalmologue s'il était possible que je puisse acheter moi-même...» Là, il met: «Ces maudites gouttes», là, mais en fait ces gouttes. Et là il dit: «Cette suggestion me fut proposée par une employée de la régie. Et il a eu la franchise — l'ophtalmologue — de me dire qu'il s'agissait de compenser la faible rémunération qu'ils reçoivent de la Régie de l'assurance maladie du Québec comparativement à leurs collègues des autres provinces.»

Le Président (M. Copeman): ...quelle page, la rémunération des spécialistes, là?

Mme Harel: Alors, il continue, dans un de ces courriels qu'il m'envoyait — ce n'est pas quelqu'un de ma circonscription, là, c'est quelqu'un d'une autre région du Québec, mais j'en ai eu quelques autres aussi au même effet — il ajoute: «La RAMQ leur permet d'imposer ces frais. Tout le monde sait que les gouttes nécessaires à un examen ne coûtent jamais 10 \$, mais la RAMQ accepte cette surfacturation déguisée. Je vous rappelle que la Sécurité du revenu ne rembourse pas un seul sou de ces frais.»

Et évidemment, quand vous avez besoin d'aller, deux fois par semaine, voir un ophtalmologue avec un ulcère cornéen, à raison de 10 \$ par visite, c'est 20 \$, c'est 80 \$... C'est énorme, c'est son budget de nourriture, M. le Président. Alors, qu'en est-il, là, de ça?

Le Président (M. Copeman): Je ne veux pas du tout me placer dans la peau du ministre là-dessus. Je n'ai pas de réponse, mais j'en ajoute simplement. Ce montant, inquiétez-vous pas, Mme la députée, que... Moi, depuis un certain temps, j'ai des difficultés de vision aussi. Je consulte fréquemment un ophtalmologue, je n'ai jamais payé pour des gouttes. Et je le fais à l'hôpital, peut-être c'est la distinction, là. J'ai choisi sciemment de ne pas consulter un ophtalmo en cabinet privé. Je le fais dans un centre hospitalier, ils ont une clinique d'oeil, et je ne paie pas. Il y a peut-être là une partie de la réponse. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, c'est certainement à considérer, mais il faut quand même reconnaître que le citoyen peut, lui, décider qu'il préfère consulter son médecin dans son cabinet. Mais cette éventualité est la bonne.

Bien sûr, je ne partage pas l'interprétation que le citoyen écrit à Mme la députée, là, c'est pour compenser, dit-il, les inéquités de revenus perçues entre le Québec et celles des autres provinces.

Mme Harel: C'est l'ophtalmologue qui dit ça.

M. Couillard: Non, non. C'est-à-dire que je ne le sais pas s'il l'a dit, le citoyen. On assume que c'est vrai, là. Le citoyen dit que c'est ce qui a été mentionné. Bien sûr, on ne partage pas du tout cette façon de justifier. Il s'agit tout simplement de services non assurés, c'est aussi simple que ça. Et, lorsqu'on dit: La RAMQ refuse, la RAMQ n'a pas un mot à dire là-dedans, la RAMQ administre le panier de services tel que défini, et les gouttes et les médicaments en cabinet ne sont pas des services assurés. Et, si on considère que les tarifs ne sont pas en relation avec le coût réel des produits, il y a des avenues qui sont possibles. Certainement pas la Régie de l'assurance maladie du Québec, il ne faut pas que la personne frappe à la mauvaise place. Ce n'est pas là qu'on donnera la réponse, c'est auprès du Collège des médecins et des fédérations médicales que cette question des tarifs peut être abordée.

Je ne connais pas le cas particulier des gouttes... mais on me donne ici une partie de l'entente avec... je suppose, c'est les médecins spécialistes...

Une voix: Les omnis.

M. Couillard: Les omnipraticiens, mais là même, on peut présumer, est également présente à l'entente des spécialistes. Je lis l'entente à 1.1.4: «Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et agents anesthésiques utilisés.» Donc, c'est quelque chose qui est prévu à l'entente, cette disposition-là, ce n'est pas quelque chose qui est laissé à l'arbitraire. Bien sûr, le mot «peut» est important. Il faut avoir une certaine clairvoyance et faire un choix lorsqu'on le fait, puis il faut que le coût demandé corresponde réellement au coût réel... réellement au coût réel, je m'excuse de la répétition, réellement au coût de la substance qu'on propose aux patients. Et c'est une formule assez répandue.

Évidemment, ma mère, qui n'est probablement pas dans le cadre de revenus du citoyen qui écrit à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, me téléphonait il y a quelques jours, elle a eu des infiltrations pour l'épaule. Elle a une rupture des tendons à l'épaule puis elle a dû payer 30 \$ pour les corticoïdes qui lui ont été infiltrés dans l'épaule. Elle m'a demandé: Est-ce que c'est normal? Bien, j'ai dit: Bon, le terme «normal», c'est toujours quelque chose de difficile à définir, mais c'est la règle, il s'agit de services non assurés dans lesquels on peut demander une compensation, là, aux patients. Et, si on considère que les tarifs sont exagérés, bien il y a une avenue, c'est de demander un avis au Collège des médecins ou à l'association professionnelle dont fait partie le médecin ou, comme disait notre président tantôt, de consulter la clinique d'ophtalmologie d'un hôpital. Mais évidemment, là, il s'agit d'un choix qui peut être moins pratique parfois pour la personne. C'est ça.

● (17 h 50) ●

Mme Harel: ...pas de Montréal. Il a reçu des soins à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui a fait un recouvrement conjonctival, mais il doit revoir l'ophtalmologiste

pour le suivi postopératoire. Mais, comme il n'est pas de Montréal, il est à l'extérieur, dans la région de Berthier, évidemment ça lui coûterait plus cher se déplacer que les 10 \$ de gouttes sans doute, là.

Concernant la Visudyne, où en sommes-nous, là, concernant... Nous avons fait une demande dans le cadre de l'étude des crédits. J'ai déjà expliqué, M. le Président, que je me fais arrêter sur le trottoir concernant la Visudyne. Je sais qu'aux pages 288, là, dans les cahiers qui nous ont été transmis, on retrouve un état de la situation, mais on constate que le patient qui doit recevoir le médicament doit quand même déboursier une contribution dont le plafond varie de 200 \$ à 839 \$ annuellement. Alors, je voudrais avoir l'état de la situation sur la Visudyne.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Je veux juste avant... J'autorise le dépôt de l'annexe 42-1 telle que soumise par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Alors, M. le ministre.

Dossier de la Visudyne

M. Couillard: Alors, M. le Président, c'est un dossier avec lequel on est bien familiers, j'ai moi-même eu à le traiter lorsque j'étais en pratique comme chef de département à Sherbrooke. Pour éclairer la population, il s'agit d'un médicament qui est utilisé pour traiter la dégénérescence de la rétine chez les personnes âgées, qui, compte tenu du vieillissement de la population, est de plus en plus fréquent.

Et là il y a deux aspects qui sont à considérer. D'une part, la question de la pratique en établissement ou en cabinet de ce médicament-là. Il faut disposer d'un laser, il faut disposer d'une infirmière. C'est un examen particulier, c'est assez compliqué comme technique, mais ça peut être fait en cabinet privé si on dispose de l'équipement nécessaire. Et, d'autre part, la contribution du patient ou de la personne à l'achat du médicament.

Lorsque la technique est pratiquée en cabinet, évidemment la personne se procure le médicament sous les auspices du régime général d'assurance médicaments, et c'est là que la contribution maximale s'applique selon la catégorie, selon le type de personne dont il est question. Il s'agit en général de personnes âgées par définition, donc de plus de 65 ans. La plupart du temps — on peut bien sûr... pour ne pas faire de cas particuliers là, puis on pourra trouver des cas qui échappent à cette règle — la plupart du temps, il s'agit de personnes qui ont des problèmes de santé autres que de toute façon font en sorte que le niveau de contribution maximal est atteint compte tenu de la prise de médicaments pour d'autres conditions pathologiques. Alors, ça, c'est l'élément paiement de la Visudyne.

Deuxièmement, l'élément de la pratique en cabinet, bien, effectivement, on a fait une entente avec les ophtalmologistes où on s'est assuré qu'on rembourse les médecins pour la pratique du traitement en cabinet de façon à diminuer la tendance à la surfacturation. Parce que ce à quoi fait allusion la députée — puis elle en avait parlé, je crois, à l'Assemblée il y a un ou deux ans — c'est que, compte tenu de ce qu'on vient d'entendre sur le paiement de médicaments ou d'agents

anesthésiques, il y a des frais très importants qui étaient demandés directement aux patients pour avoir la Visudyne en cabinet privé. Alors, on a augmenté le niveau de facturation pour les actes en cabinet auprès des ophtalmologistes, et ça a été à la satisfaction des ophtalmologistes et de leur association qui a accueilli très favorablement, je dirais, cette pratique-là.

Alors, les patients traités dans les cabinets privés donc continuent à payer le médicament et se font rembourser par leur assurance. Alors, s'il s'agit de personnes âgées, dans la grande majorité des cas sinon la presque totalité, il s'agit du régime général d'assurance médicaments, mais ils n'auront plus besoin de payer les frais qui étaient exigés auparavant. Et c'est d'ailleurs ce que déclarait le Dr Mathieu-Millaire, qui est la présidente de l'Association des ophtalmologistes, et je pense que c'est une bonne nouvelle.

Mme Harel: ...je croyais exactement à la version que le ministre vient de donner, M. le Président. Mais, dans le cahier de réponses aux questions de l'opposition, j'ai trouvé une autre version, et c'est ce qui m'a un peu inquiétée, parce qu'on dit ceci: «[Le] traitement peut donc être donné en milieu hospitalier ou en clinique privée: la disponibilité du type de laser...»

M. Couillard: De quel cahier s'agit-il, qu'on puisse suivre? Est-ce que c'est...

Mme Harel: C'est le cahier qui s'intitule «Réponses aux questions particulières».

M. Couillard: Tome I ou tome II? Je m'excuse de poser la question. Ah! On l'a trouvé, je m'excuse. Voilà. O.K. Voilà.

Mme Harel: 288.

Le Président (M. Copeman): Page 32?

Mme Harel: 288.

M. Couillard: O.K. D'accord, je l'ai. Je m'excuse.

Mme Harel: Alors, justement, on rappelle que c'est pour le traitement de la dégénérescence maculaire, c'est lié à l'âge également, hein? Alors, ça va aller en augmentant, certainement. Puis on fait état, au troisième picot, là, de l'impact pour le citoyen du coût du médicament et on indique que, pour ceux et celles qui ne bénéficient pas de la gratuité du régime général d'assurance médicaments, une contribution dont le plafond varie de 200 \$ à 839 \$ annuellement peut être requise. Alors donc, sur le régime public, c'est couvert. C'est bien ce que ça signifie?

M. Couillard: Bien, lorsqu'on parle de plafond, c'est le plafond de la contribution mensuelle dans le cadre du régime général d'assurance médicaments. Alors, si on a moins de 65 ans — ça arrive, des cas à moins de 65 ans — et qu'on a encore un régime privé collectif, bien il va être défrayé par le régime privé collectif. Si on est âgé de plus de 65 ans ou qu'on est de toute façon un adhérent ou un participant au régime général d'assurance médicaments, bien, là, c'est les modalités du régime. Et

la gratuité peut s'appliquer dans les catégories, on le sait, de prestataires d'assistance-emploi qui ont des contraintes sévères ou maintenant les personnes âgées avec le maximum du supplément de revenu garanti. Sinon, les plafonds de contribution calculés sur base mensuelle s'appliquent, là, et c'est ce que ça veut dire.

Mme Harel: En fait, la difficulté est que les personnes qui reçoivent le traitement en clinique privée... Par exemple, une personne, là, qui fait partie de l'Institut Louis-Braille et qui m'écrit avec l'appui de l'Institut Louis-Braille a soumis ses frais médicaux à son assureur privé qui a refusé de les rembourser, affirmant qu'ils étaient couverts par la RAMQ partout au Québec. Alors, ils ne sont couverts que pour les adhérents évidemment de la RAMQ. Et donc, en fait, elle a un dossier à la RAMQ, elle a écrit à la RAMQ là-dessus, qui a évidemment refusé puisqu'elle avait une assurance privée. C'est donc dire que les assurances privées peuvent ne pas couvrir ce genre de traitement.

M. Couillard: Bien, il faudrait clarifier, puis, si vous voulez, on pourra le clarifier. Mais théoriquement, là, d'après les dispositions de la Loi d'assurance médicaments, l'assurance privée doit offrir au minimum la couverture de l'assurance publique. Donc, si le médicament est à la liste du régime, comme c'est le cas — c'est un médicament d'exception, mais il s'agit de remplir le formulaire pour l'indication — il n'y a pas de raison, là, de... Il faudrait peut-être que la personne s'enquière auprès de son assureur privé de cette situation-là, parce que normalement, comme ça figure à la liste, minimalement ça devrait être couvert également par l'assureur privé, sauf erreur, là. Mais on pourra faire la vérification. Peut-être, ce cas-là pourrait nous être soumis au cabinet, puis on pourrait l'étudier, si vous le désirez, puis répondre au citoyen avec copie bien sûr à la députée.

Mme Harel: Certainement. Alors, je vous transmettrai copie. C'est une correspondance qui a été acheminée à la RAMQ également, alors j'en transmettrai copie.

Dossier de la maladie de Fabry

Sur le traitement de la maladie de Fabry, je sais que l'échéancier, tel qu'indiqué, là, à la page 281 du même cahier, là, de réponses aux questions particulières de l'opposition, la présentation qui nous en est faite prévoit que le Common Drug Review doit, le 18 mai, prendre une décision, là, sur la question du remboursement du médicament dans les cas de la maladie de Fabry. Le Common Drug Review, appelé CDR, là, réévalué, à la suite de la production de nouvelles données par le fabricant, réévalué sa recommandation concernant ce médicament. Vous êtes déjà informé bien évidemment qu'il y a un certain nombre de familles qui sont très concernées par cette maladie héréditaire, hein, qui est liée au chromosome x. Alors, est-ce que le CDR a rendu publique sa décision? Et quelle est la situation concernant le remboursement du médicament dans les cas de la maladie de Fabry?

M. Couillard: Bien, M. le Président, c'est une situation qui me préoccupe et qui pose un problème éthique

majeur, là, pour la société puis même la personne qui occupe le poste de ministre de la Santé et des Services sociaux, parce qu'il faut adopter une position qui soit rationnelle, cohérente et empreinte de compassion à la fois.

Alors, la situation actuelle est la suivante — et les dernières informations, à ce que je sache, ne sont pas modifiées — le Common Drug Review ne couvre pas le médicament, et aucune des provinces actuellement n'offre de financement public de ce médicament-là.

• (18 heures) •

Cependant, le gouvernement du Québec a pris l'initiative d'une démarche qui, je l'espère, va réussir. Et vous comprendrez que je ne voudrais pas avancer trop dans les détails, de crainte de nuire à cette initiative, mais, en gros, il s'agit d'assumer le rôle de leadership de la mise sur pied d'un programme de recherche transcanadien où l'ensemble des patients canadiens seraient réunis dans une cohorte commune qui nous permettrait d'avoir une étude valable sur le plan du nombre de personnes inscrites. On sait qu'un défi de ce genre de maladie là, c'est qu'il n'y a jamais assez de personnes pour faire une étude, puis donc, par définition, c'est un cercle vicieux parce qu'on aura jamais assez d'études pour déterminer le succès ou pas. Et cette initiative-là a été saluée à travers le pays, parce qu'il n'y a pas que le Québec qui est confronté à ce problème-là. Vous savez qu'il y a une douzaine de patients au Québec et de familles donc, mais, en Nouvelle-Écosse, il y a plus de 60 personnes pour une économie qui est encore plus petite et plus fragile que celle du Québec. Alors, vous comprenez que c'est majeur de ce côté-là.

Le Président (M. Copeman): Si on désire poursuivre quelques minutes, ça prend le consentement.

M. Couillard: Oui.

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

M. Couillard: Alors, le Québec a donc pris l'initiative de proposer un devis de recherche sous les auspices du Fonds de recherche en santé, et je vais juste lire un extrait d'une lettre de M. Beaudet, qui est le président-directeur général du Fonds de recherche en santé du Québec, qui décrit, là, les démarches en cours pour le protocole de recherche pancanadien. Et je lis ce paragraphe: «Je tiens à vous faire part du grand enthousiasme qu'a suscité cette initiative à travers la Canada et de l'excellente collaboration des médecins-chercheurs impliqués. Le leadership du Québec dans ce dossier fait l'admiration de tous.»

Alors, je pense qu'il y a là de quoi se féliciter, d'avoir réussi à remettre cette question à l'ordre du jour parce que c'est une réponse... Effectivement, je me suis moi-même fait la remarque, dans mes exercices d'autoflagellation intellectuelle auxquels malheureusement je dois me livrer de temps en temps, parfois stimulé par les questions de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve d'ailleurs, à dire que, bien, c'est la réponse facile, dire: Écoute, bien ce n'est pas payé ailleurs, pourquoi qu'on le paierait? On ne le paie pas. Puis là on peut arrêter là, puis répéter sans arrêt la même réponse, mais... Puis

tout le monde dit la même chose à travers le Canada, ça fait que personne ne peut nous prendre en faute sur cette question-là, mais est-ce que c'est vraiment une attitude qui est éthique? Est-ce qu'on remplit réellement notre rôle de gouvernement quand on répond ça? Je ne suis pas certain. Alors, c'est pour ça que j'ai voulu qu'on aille plus loin.

Maintenant, bien sûr, tout ce qui va suivre en termes de conversations va toucher le financement de l'étude. Parce que la question actuellement, c'est le financement de la médication, alors on cherche à avoir la participation du gouvernement fédéral et des manufacturiers dans le financement de l'étude. Pourquoi le gouvernement fédéral? Parce qu'ils sont un peu à l'origine, entre guillemets, du problème. Le vrai problème, c'est la maladie des gens, là, mais le problème administratif qu'on a à résoudre, il provient de l'émission d'un certificat par Santé Canada qui, par la suite, lance le médicament en termes d'utilisation dans le Canada et donne à chaque province la liberté ou pas de le financer selon des critères d'utilisation puis d'efficacité, etc., qu'on connaît soit par le Conseil du médicament soit par le Common Drug Review à l'extérieur du Québec. Alors, il m'apparaît que le gouvernement fédéral a une responsabilité dans ce problème de ce qu'on appelle les maladies orphelines, ce genre de situation là, et qu'ils doivent assumer cette responsabilité en finançant le programme de recherche.

J'espère qu'on pourra conclure rapidement sur cette question. Entre-temps, à ce que je sache, les patients continuent de recevoir le médicament. Cependant, la question du financement n'est pas résolue parce que le manufacturier envoie des factures aux établissements puis il leur dit: Bon, on les facture, on verra, peut-être que... Mais ça ne reste pas moins que c'est une facture, hein? Une facture, c'est une facture, comme on dit, et disons que ça me préoccupe. Et je voudrais qu'on prenne la décision sur une base rationnelle, mais sur une base humaine également qui soit correcte et éthique, et j'espère qu'on va pouvoir avoir une entente avec nos partenaires des autres provinces sur cette question-là. Je ne voudrais pas cependant, aujourd'hui, dire... donner aujourd'hui d'échéance fixe, de crainte de nuire aux conversations qui sont avancées. Et j'espère qu'elles vont arriver à bon résultat prochainement.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Ça va. On reprendra à 20 heures, n'est-ce pas? Très bien.

Le Président (M. Copeman): Absolument. Je suspends les travaux de la commission...

Mme Harel: Peut-être, M. le Président...

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: ...avant de suspendre, libérer, hein, les personnes qui nous ont accompagnées cet après-midi, remercier le président-directeur général, M. Roy, etc... Alors, nous aurons l'occasion, dans le cadre d'un autre forum, celui de la politique du médicament, de vous retrouver. Alors, d'ici là, bonne continuité.

Le Président (M. Copeman): Alors, comme je disais, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 18 h 4)

(Reprise à 20 h 9)

Le Président (M. Copeman): Alors, la Commission des affaires sociales poursuit ses travaux. Je vous rappelle que nous allons continuer jusqu'à à peu près 23 h 55. Nous allons arrêter les échanges autour de 23 h 55 pour faire la mise aux voix des programmes et des crédits relevant du portefeuille du ministre de la Santé et des Services sociaux. Et c'est avec plaisir que je reconnais Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

● (20 h 10) ●

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. C'est notre dernière soirée, alors je souhaite bien que nous puissions passer à travers tous les nombreux sujets que je souhaite pouvoir aborder avec le ministre.

Lutte contre le cancer (suite)

Alors, j'aimerais bien, M. le Président, que nous entreprenions tout de suite, là, l'examen de la problématique d'action pour la lutte au cancer.

Dans le livre des crédits, le tome II des réponses aux questions particulières, à la page 6, dans donc ce tableau que nous retrouvons, qui s'intitule *Nouvelles initiatives Santé et services sociaux — Argent neuf récurrent* — et là on le voit pour trois années — 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, si vous allez à l'item Personnes atteintes de cancer, Mesures de lutte au cancer, vous voyez, pour 2004-2005, l'an dernier, un montant de 10 millions, alors que, pour 2005-2006, c'est finalement le même montant, mais il n'est pas additionné par quoi que ce soit de nouveau, c'est-à-dire le montant dépensé en 2004-2005, l'an dernier. Le ministre nous a dit d'ailleurs, en réponse à des questions, au tout début de l'étude des crédits, qu'il s'était surtout agi d'investir cet argent dans l'embauche d'infirmières pivots, c'est-à-dire celles qui font le lien entre les soins pour les patients, les patientes et le personnel soignant. Alors, c'est donc dire qu'il y a eu une seule fois 10 millions. D'ailleurs, c'est ce qu'on voit au cumulatif sur trois ans, à la dernière ligne, à droite, c'est donc un montant de 10 millions qui a été investi l'an dernier, mais il n'y a rien de plus cette année. C'est ce que nous indique ce tableau dans le livre des crédits.

Alors, M. le Président, ce que je n'ai pas compris, c'est comment se fait-il que, dans un communiqué du 23 avril, le ministre, qui participait et qui prenait la parole d'ailleurs à la clôture du Forum sur le cancer qui se tenait à Montréal, forum où j'ai pu aller quelques heures à la suite du ministre, donc, dans ce communiqué, le ministre annonce que des sommes nouvellement investies cette année permettront aux équipes de lutte contre le cancer d'embaucher des infirmières pivots, des professionnelles capables d'informer, d'orienter et de rassurer les patients. Alors, je comprends qu'elles ne seront pas mises à pied, mais qu'il n'y a aucune somme nouvelle que

celles de l'an dernier. Je m'explique mal comment le ministre a pu laisser entendre dans son communiqué, et je cite, «notamment grâce aux 10 millions de dollars injectés cette année». En fait, la compréhension qu'en a eu la coalition, que j'ai rencontrée sur place et par la suite la semaine dernière, encore une autre fois, la coalition pensait que ça signifiait un 10 millions de dollars de plus qui s'ajoutait à celui de l'an dernier compte tenu de l'importance, j'y reviendrai, de la lutte au cancer.

M. le Président, le cancer occupe maintenant le premier rang des causes de mortalité au Québec et il a finalement dépassé les maladies cardiovasculaires, qui ont occupé ce premier rang pendant de nombreuses années. Et le Québec est classé au huitième rang des provinces canadiennes pour son taux de mortalité au cancer. Chaque année, il y a environ 33 000 Québécoises et Québécois qui apprennent qu'ils sont atteints d'un cancer, les cancers les plus importants étant les poumons, le sein et le colorectal, le colon et les intestins. Et chaque année il y a environ 50 %, c'est-à-dire 17 000 à 18 000 personnes, au Québec, qui décèdent des suites d'un cancer.

Alors, j'aimerais aborder avec le ministre cette question de la lutte au cancer, mais commençons par les crédits, c'est-à-dire les sommes qui seront investies cette année.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, c'est une bonne chose que nous parlions de la lutte contre le cancer parce que c'est une des quatre priorités que nous avons identifiées pour la raison qui est exactement celle que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve a citée, c'est-à-dire que le cancer maintenant est devenu la première cause de mortalité au Québec, un peu devant les maladies cardiovasculaires, un peu par combinaison de deux effets, d'abord la combinaison de l'augmentation des cas de cancer mais d'autre part la diminution relative des mortalités cardiovasculaires, notamment par le succès des méthodes de traitement et de prévention de ce type de pathologie là.

L'augmentation ou la mortalité élevée du cancer au Québec est en grande partie attribuable à la prévalence élevée de cancers du poumon chez nous, qui est elle-même en relation avec le fait que nous avons, au Québec, encore le taux de tabagisme le plus élevé au Canada, et de loin, et on espère qu'on pourra agir de façon significative par voie législative au cours des prochaines semaines pour viser à diminuer ce taux de tabagisme. Il y a également le rapport d'un taux d'incidence élevé en cancer colorectal, mais les chiffres doivent être vérifiés parce qu'on ne sait pas s'il s'agit de chiffres ajustés pour l'âge par rapport aux autres provinces. On fait la vérification et on le verra. Mais, pour les autres cancers, il n'y a aucune différence statistiquement significative, donc c'est surtout pour le poumon, probablement pour le colorectal, mais ça, ça reste à voir parce qu'il faut qu'on vérifie le type de statistiques qui sont comparées.

Il faut également savoir que le nombre de cas de cancer augmente de 3 % par année au Québec, comme dans la plupart des sociétés. Au Québec, c'est un peu plus élevé à cause de la pyramide d'âge qui est un peu plus âgée que ce qui existe dans d'autres sociétés et que la moitié — grossièrement, la moitié — de ces cas auront besoin de traitements de radiothérapie, ce qui nous amène

à prendre des mesures structurantes, des mesures qui vont nous permettre d'affronter cette augmentation d'incidence au cours des prochaines années.

Alors, il est exact que de nombreuses actions ont été prises dans le domaine de la lutte contre le cancer. La première de celles-ci bien sûr, c'est les investissements débutés en 2004-2005 de 10 millions de dollars récurrents et indexés — c'est pour ça que la somme se renouvelle cette année — qui permet, entre autres, en grande partie la mise en place d'infirmières pivots dans tous nos territoires, dans nos 95 centres de santé et de services sociaux. Et, comme elles n'ont pas toutes été mises en place l'an dernier, ça permet de compléter cette année... l'utilisation de cette récurrence permet de compléter la mise en place de ces équipes pivots et également de consolider nos équipes dans toutes les régions du Québec.

Nous avons également plusieurs autres actions à rapporter, et je vais les détailler dans quelques instants, mais il faut remarquer que, sur le plan des investissements, il s'agit d'une augmentation quand même importante, puisque l'historique des investissements pour les personnes atteintes de cancer est le suivant: en 2001-2002, il y a eu 5 millions de dollars; en 2002-2003, zéro; et nous avons ajouté 10 millions de dollars récurrents en 2004-2005. 2003-2004, il n'y avait pas eu d'investissement spécifique — nous n'avons plus adressé à la lutte contre le cancer.

Donc, la question de l'infirmière pivot, il ne faut pas la négliger. C'est une innovation très intéressante d'ailleurs que la Montérégie a faite en premier et qui maintenant sera utilisée partout au Québec. Et on a eu énormément de commentaires positifs sur cette question de l'infirmière pivot qui va beaucoup améliorer la coordination des soins et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

Nous avons créé une direction de la lutte contre le cancer au ministère. Nous avons expliqué déjà pourquoi nous avons opté pour ce type d'organisation plutôt qu'une agence, comme certains le souhaitent, une agence qui serait une structure séparée, à distance du ministère, alors qu'on sait que, selon notre point de vue, les personnes atteintes de cancer ont des besoins multiples qui parfois transcendent les besoins de santé uniquement, notamment en termes de secours psychosocial, spirituel, etc., et soins à domicile, de sorte qu'il nous apparaissait essentiel d'intégrer la direction de la... cancer à toutes les opérations ministérielles de façon à ce que cette collaboration soit visible dans l'organisation même du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Parallèlement, d'autres actions seront entreprises, j'en cite quelques-unes. Le plan de déploiement des tomographies à émission de positons va être détaillé très prochainement. Le Québec est déjà à l'avant-garde des provinces canadiennes dans le déploiement de cette technologie. Le plan que nous allons annoncer, qui comprend trois phases, va nous placer encore plus en avance à l'échelle canadienne dans la disponibilité de cette technologie qui sert à diagnostiquer certains types de cancer et à les suivre également. Et on pourra détailler les indications lorsqu'on fera l'annonce très prochainement, encore une fois, du plan de déploiement.

Les médicaments pour le cancer, les médicaments de chimiothérapie augmentent de coût de façon considérable à l'intérieur de nos centres hospitaliers. Le fait de pouvoir assurer l'indexation spécifique des établissements, comme nous le faisons depuis 2003, permet

de faire face à ce coût. Et évidemment c'est difficile parce qu'il s'agit de nouveaux produits qui sont très coûteux et qui sont disponibles chaque année.

● (20 h 20) ●

Nous avons également annoncé — et nous allons le refaire au cours des prochaines semaines — le plan de déploiement de nouveaux accélérateurs linéaires. Il y a bien sûr le centre de la Montérégie. Je pense que c'est important pour les collègues de la Montérégie qui sont présents aujourd'hui. Le centre de la Montérégie va permettre d'accumuler, de mettre en place six accélérateurs linéaires de façon à pouvoir traiter les gens de la Montérégie sur place. On sait qu'une grande partie, sinon la totalité d'entre eux, doit actuellement se rendre à Montréal. On essaie maintenant d'utiliser un peu plus le CHU pour dégager la pression sur le CHUM en particulier, qui prend beaucoup de ces patients-là. Les autres accélérateurs qui seront mis en place en 2005, il y en a un qui va être mis en place au Centre hospitalier régional de Rimouski, un au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et un au CHUM, pour un total de trois qui seront mis en place donc en 2005.

La chirurgie également. L'augmentation des volumes de chirurgies fait en sorte que, dans les cas de chirurgie oncologique, les délais ont diminué dans la plupart des spécialités, le volume de chirurgie également, ce qui nous permet de faire face à ces priorités de façon adéquate.

Je cite enfin le partenariat que nous avons établi avec la Fondation du cancer sur la construction d'hôteleries. Nous avons un partenariat qui a été annoncé il y a quelques mois sur l'agrandissement de l'hôtellerie de Sherbrooke et la construction d'une nouvelle hôtellerie pour qu'on puisse accueillir nos patients qui parfois ont à se déplacer au Québec de façon à être traités dans les établissements du réseau qui peuvent les accueillir. Et, à chaque fois qu'on a un patient ou une patiente en attente de radiothérapie, on lui offre la possibilité d'être traité dans un de nos centres québécois, dont plusieurs n'ont aucune liste d'attente, qui peuvent certainement s'organiser pour recevoir ces personnes-là. Bien sûr, nous payons les déplacements des personnes, et l'hôtellerie, et les frais de séjour pour le séjour de ces personnes dans les centres qui peuvent les accueillir. Et on souhaite qu'avec la construction des nouveaux accélérateurs linéaires de plus en plus de personnes soient traitées près de chez elles. Et ça va être particulièrement le cas pour les personnes de la Montérégie.

Donc, il s'agit pour nous de constituer — et c'est là l'utilisation du 10 millions de dollars en plus des infirmières pivots, il n'y a pas que les infirmières pivots — il s'agit de constituer des équipes locales, régionales et suprarégionales qui sont aptes à fournir des services de qualité qui répondent aux besoins des personnes et à leurs proches, près du milieu de vie le plus souvent possible. On recommande aussi d'instaurer des programmes régionaux, des comités régionaux de lutte contre le cancer pour conseiller les agences de développement de même que les centres de santé et de services sociaux pour la bonne coordination de ce plan d'action qui d'ailleurs est basé, comme le sera le plan de santé mentale, comme le sera le plan pour les personnes âgées en perte d'autonomie, basé sur les deux concepts à la base même de la réorganisation du réseau, qui sont, d'une part, la responsabilité populationnelle et, d'autre part, la hiérarchisation des soins, c'est-à-dire le bon service au bon endroit, au bon moment et au bon niveau du système de santé.

Lorsqu'on parle de cancer, M. le Président, il faut parler également de prévention et de dépistage. La prévention du cancer, bien la méthode la plus utile pour prévenir le cancer chez nous, c'est de diminuer le taux de tabagisme parce que le tabac cause non seulement le cancer du poumon, mais d'autres types de cancer des voies aériennes, par exemple, et de la vessie. Peu de gens le savent, mais il n'y a pas que le cancer du poumon qui est associé au tabagisme, il y en a d'autres également: les habitudes alimentaires, l'activité physique également est associée à une diminution de l'incidence du cancer.

Les programmes de dépistage sont en cours d'évaluation. On a eu l'occasion déjà de discuter en commission parlementaire le programme de dépistage du cancer du sein qui globalement en région fonctionne assez bien, mais à Montréal n'est pas à la hauteur en termes de pourcentage de la population rejointe que nous espérons le voir, de sorte que nous travaillons particulièrement fort de ce côté-là. Il y a d'autres demandes et suggestions qui nous sont apportées pour le dépistage d'autres types de cancer comme notamment le cancer colorectal où il faut vraiment voir avec nos experts de santé publique quelles sont les meilleures façons de mettre en place, et avec le plus de bénéfices possible, le dépistage de ce type de pathologie là.

Donc, on voit, M. le Président, qu'on a une action intégrée dans ce domaine-là à plusieurs niveaux, non seulement en termes de services, mais en termes d'immobilisations, en termes de prévention également, une attention plus particulière sur le dépistage. Et je crois qu'avec ça on devrait pouvoir — ce qui a déjà été le cas — rejoindre plus rapidement nos concitoyens et les traiter également plus rapidement autant par chirurgie que par traitement de radiothérapie, comme c'est le cas actuellement. Et il ne faut pas répéter les erreurs des années précédentes où on n'a pas vu venir cette vague d'incidence élevée de cancer et où les infrastructures du Québec n'étaient pas adaptées, et on a dû rattraper les retards par la suite. Et voilà où nous en sommes, mais je pense qu'il faut continuer sur la même lancée.

Est-ce que d'autres investissements récurrents de développement en sus de l'indexation des sommes déjà prévues seront nécessaires? On le verra, on l'évaluera à chaque année, mais il est essentiel que les agences régionales et leurs centres de santé et de services sociaux fassent d'abord le bilan de ce qui se fait. Il s'investit plus de 1 milliard de dollars par année en lutte contre le cancer au Québec, il faut s'assurer que les sommes sont bien employées, de la façon la plus efficiente possible, et qu'on utilise au maximum les ressources lorsqu'elles se trouvent le plus près possible des gens. Et ces nouvelles équipes locales, régionales et suprarégionales, elles vont également à mon avis faire la différence.

Le grand défi des prochaines années, outre la diminution de l'incidence par les méthodes de prévention, c'est justement de pouvoir faire face à cette incidence accrue au moyen du déploiement contemporain et bien planifié des unités de radiothérapie dans notre territoire de façon à ce qu'on ne se fasse plus prendre par surprise, comme ça a été le cas au début des années 2000.

Mme Harel: Alors, M. le Président, avant d'aborder le bilan général, je voudrais que le ministre réponde à trois questions particulières, la première étant:

Combien a-t-il été dépensé du 10 millions annoncé l'an dernier?

M. Couillard: M. le Président, on a eu la réponse, environ 7 millions. Mais, cette année, c'est 10 millions qui vont être récurrents, donc il y a 3 millions de plus qui vont s'ajouter en termes réels, ce qui permet de compléter la constitution de nos équipes locales, régionales et suprarégionales.

Mme Harel: Un instant. Vous me dites 7 millions l'an dernier. Donc, il en reste 3 à dépenser, puisque, le 7 millions de l'an dernier étant récurrent, ce n'est pas du nouvel argent. Une fois qu'il est dépensé, vous maintenez les services déjà en place, tout simplement. Vous ne réduisez pas les services, mais vous n'ajoutez... Donc, vous me dites: Sur le 10, il y a eu 7 millions de dépensés. Il en reste donc 3 cette année...

M. Couillard: C'est-à-dire que, cette année, il y a 10 millions...

Mme Harel: ...de développement.

M. Couillard: ...il y a 3 millions de plus qui s'ajoutent par définition. C'est le cas dans tous les plans d'action gouvernementaux qui sont lancés, lorsqu'on les lance, ça prend toujours un peu de temps pour, les gens, se mobiliser, pour former leurs équipes et bien dépenser l'argent. On ne veut surtout pas que l'argent soit absorbé dans le réseau sans qu'on sache précisément à quoi il est destiné. Cette année, les gens auront 3 millions de plus que l'an dernier à utiliser pour continuer leur travail de constitution d'équipes, autant pour les infirmières pivots que les équipes régionales et suprarégionales.

Mme Harel: Deuxième question. Il a été beaucoup porté à mon attention le fait que les frais de déplacement et les frais de remboursement qui sont assumés par le ministère ne le sont que dans la mesure où la distance dépasse 250 km, ce qui signifie que, pour un patient de Rivière-du-Loup, il vaut mieux se faire traiter à Québec que d'aller, par exemple, à Rimouski parce qu'il n'aura aucun remboursement ni frais pour ses déplacements, alors que, s'il vient à Québec, il pourrait en avoir. Est-ce qu'il y a un réexamen de cette directive du 250 km?

M. Couillard: C'est certainement un point intéressant qu'on pourra réexaminer. Je pense que c'est un point pertinent qui est soulevé par la députée aujourd'hui. Il faut dire qu'en général les gens choisissent d'être traités près de chez eux. Alors, pour les gens de Rivière-du-Loup, ils choisissent, la plupart du temps, d'être traités à proximité. Mais, si l'effet est de les amener à aller plus loin, comme on le dit, on va étudier la question puis on sera prêt à réévaluer cette question-là. Ce n'est pas ça qu'on désire, on désire qu'autant que possible les gens aillent près de chez eux. Mais, dans le cas précis qui nous occupe, c'est intéressant de voir que la liste d'attente au CHUQ en fait est moindre que celle au Centre hospitalier régional de Rimouski, quoique les derniers chiffres que j'ai, il y a zéro patient en attente à Rimouski également. Alors, les gens pourraient être traités aux deux endroits.

Mme Harel: ...sur les listes d'attente. Vous savez très bien que la revendication, c'est que les listes d'attente ne soient pas constituées à partir du traitement mais à partir du diagnostic. On reviendra sur les listes d'attente.

Mais ma troisième question... la deuxième, étant entendu que les gens préfèrent que ce soit chez eux, mais, s'ils ont à se déplacer parce que, chez eux, on n'a pas la radio-oncologie dans tous les centres hospitaliers, quand ils ont à se déplacer, je rappelle qu'ils ne sont remboursés pour leurs déplacements que si c'est plus de 200 km. Alors, ça peut avoir un effet pervers, là, sur le choix finalement du traitement.

La troisième question particulière porte sur l'hôtellerie, l'hôtellerie qui évite aux gens d'être hospitalisés pendant leurs traitements. C'est une excellente chose, l'hôtellerie. On m'indique que les protocoles n'ont pas été modifiés ni indexés, ce qui fait que les organisations telles la Société canadienne du cancer, la Fondation québécoise, l'Association de l'Est du Québec sont toujours remboursées pour 39 \$ par chambre, alors que le coût réel est de 75 \$ par jour, d'une part, et que, d'autre part, les retards sont tels qu'il n'y a pas eu de remboursement, par exemple, pour l'Association de l'Est du Québec et les 75 chambres d'hôtellerie qu'elle offre depuis trois mois et que, pour la Société canadienne, qui offre 30 chambres, c'est presque un an de retard.

Alors, le ministre va-t-il prendre les dispositions, là, qui s'imposent pour qu'il y ait remboursement des frais d'hôtellerie qui n'oblige pas ces organisations à but non lucratif de faire des emprunts pour pouvoir assumer leurs obligations?

M. Couillard: Bien, il faut ajouter, sur cette question, M. le Président, qu'on a effectivement — je l'ai mentionné tantôt rapidement, mais — financé 1 million de dollars en soutien à la Fondation québécoise du cancer pour la construction de deux nouvelles hôtelleries, une à Trois-Rivières, une à Gatineau, et pour l'agrandissement de l'hôtellerie cancer à Sherbrooke.

• (20 h 30) •

Pour ce qui est du remboursement des séjours, bien c'est un partenariat qui est établi, depuis plusieurs années, avec la Fondation du cancer, quant à la répartition des charges. Effectivement, on a parfois des demandes pour qu'on revoie cet arrangement. On est ouvert à le discuter, mais il s'agit d'un partenariat où chacune des organisations fait sa part. La Fondation du cancer est une organisation très active, qui procède à des levées de fonds et qui est également, dans les derniers contacts que j'ai eus avec eux, assez satisfaite de pouvoir participer à ce programme-là, qui leur donne le plus de visibilité — ce qu'ils désirent également — et le plus d'impacts sur les personnes atteintes de cancer.

Pour ce qui est de la fréquence des paiements, on m'indique qu'ils vont être augmentés. Vous avez raison, jusqu'à maintenant, c'était une fois par année, ça va être augmenté à quatre fois par année. Ça fait partie de l'entente de partenariat qu'on a conclue dans le cadre de la construction des nouvelles hôtelleries. Maintenant, pour ce qui est du prorata, on est toujours prêt à discuter avec la fondation.

Mme Harel: Bon. M. le Président, alors, sur le fonds, je relisais la revue de presse qui a accompagné le

forum organisé par la Coalition Urgence Priorité Cancer. Alors, vous voyez, par exemple, c'est... *Le Journal de Québec* titre *Dans le monde industrialisé, le Québec a l'un de pires taux de mortalité par cancer*; *Le Soleil*: *Une «crise du cancer au Québec» — Des gens souffrent inutilement ou meurent en raison de délais*; *La Tribune*: *Il y a une crise du cancer au Québec — La Coalition Priorité Cancer déplore le manque de coordination et de leadership*. Et ce qu'on y retrouve, M. le Président, c'est cette affirmation à l'effet que «la lutte contre le cancer au Québec manque de moyens financiers, de ressources et n'est pas assez prioritaire. Il y a carrément une "crise du cancer au Québec". [...] C'est ce qu'a soutenu [...] la Coalition Priorité Cancer [...], qui regroupe des organismes intéressés à la question du cancer comme LEUCAN, l'Association des radio-oncologues du Québec, l'Association québécoise des infirmières en oncologie, la Société canadienne du cancer et la Fondation québécoise du cancer.»

Et je dois vous dire, M. le Président, qu'on retrouve, au chapitre des lacunes qui sont identifiées, un manque de coordination, d'organisation, de leadership, des délais d'attente, des pénuries de personnel qualifié, un manque de formation, des problèmes d'accessibilité dans certaines régions. Et on y fait état également de la duplication entre la direction que le ministre va créer au sein de son ministère et la santé publique, une duplication entre les actions de prévention, de dépistage, d'un côté, confiées à la santé publique en région et, d'autre part, le traitement qui est confié à une autre direction au sein du ministère. On fait état de l'absence d'objectifs précis chiffrés dans la lutte au cancer, de l'absence d'un registre national des tumeurs pour mieux surveiller la situation. Et on fait état aussi de délais d'attente que l'on comptabilise à partir du traitement et qu'on devrait comptabiliser, insiste-t-on, à partir du diagnostic.

Alors, en fait, cet état de fait n'étant pas le mien, là, mais étant le fait de personnes très impliquées et d'un vaste éventail d'organismes très impliqués dans la lutte au cancer qui sonnent l'alarme sur une situation qu'ils jugent extrêmement préoccupante, alors le ministre a-t-il l'intention de prêter l'oreille à ce cri d'alarme qui a été lancé par cette Coalition Priorité Cancer? Et qu'entend-il faire à court terme?

M. Couillard: Bien sûr, M. le Président, on écoute ce que les gens déclarent, mais on écoute en analysant puis en faisant le partage de ce qui est effectivement une préoccupation justifiée et ce qui peut parfois être également des perceptions. C'est exact que le taux de cancer, la mortalité de cancer est plus élevée au Québec qu'ailleurs, mais je répète que la plus grande partie de cet écart est dû à la prévalence élevée du cancer du poumon chez nous et non pas au fait que les services pour les patients atteints de cancer sont inférieurs au Québec à ce qu'ils sont ailleurs.

D'autre part, dans le contexte de ces déclarations qui ont entouré le forum, il y avait — et il faut le reconnaître, et je ne crains pas de le reconnaître — une certaine déception, de la part de l'organisation, qu'on n'ait pas mis sur pied la structure qu'elle souhaitait, c'est-à-dire une agence, une méga-agence à l'écart du ministère, ce que nous ne voulons pas faire et, pour l'instant, que nous ne ferons pas, pour les raisons que j'ai expliquées.

Alors, il y a là-dedans un élément de déception qui peut avoir coloré certains propos.

Maintenant, est-ce qu'on doit faire plus? Certainement, il faut faire plus, il faut continuer à s'améliorer, mais encore une fois l'appréciation ici vient surtout de la comparaison, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de doute que, par exemple, pour l'attente pour la radiothérapie, même s'il y a encore du chemin à faire... Et un patient en délai de plus de huit semaines, pour moi, est un patient de trop, il faut vraiment diminuer ça. Puis on a d'ailleurs des actions très récentes que je vais pouvoir détailler plus tard pour diminuer encore plus les délais. Mais on est quand même parti de près de 500 patients en attente de plus de huit semaines pour maintenant en moyenne, autour de la dernière année, 80, 85 patients. Bien sûr, c'est 80, 85 de trop, mais c'est pas mal mieux que 500 quelques. Alors, je pense que, là, il faut garder les chiffres en perspective et continuer nos efforts en réalisant qu'objectivement il y a un progrès considérable qui a été fait.

Et le petit chiffre de 80 patients, 85 patients pour tout le Québec, hein, il faut le dire, pour une population de 7,5 millions, inclut les personnes à qui on a offert individuellement d'être transférées ou envoyées à un autre centre pour être traitées dans les délais et qui ont choisi de ne pas le faire, ce qui est tout à fait leur liberté.

Maintenant, nous allons continuer nos actions exactement dans la direction où nous sommes actuellement. Nous avons des conversations et des actions avec, par exemple, les technologues de radio-oncologie pour améliorer les heures de fonctionnement des services de radio-oncologie d'une façon beaucoup plus solide et structurante que ce qui avait été fait auparavant. On pourra en reparler parce qu'il y avait là un effet pervers majeur dans les mécanismes qui avaient été mis en place — et on pourra en reparler dans quelques minutes — mais on vise à diminuer encore plus les délais. Alors, notre objectif, c'est d'abord qu'il y ait zéro patient en attente de plus de huit semaines et par la suite qu'on chiffre la cible à quatre semaines. On va faire exactement en radio-oncologie comme on a fait avec les salles d'urgence.

Si on se donne un objectif à court terme qui est irréaliste et qu'on ne l'atteint pas, les gens vont se démotiver et vont arrêter de fournir les efforts. Alors, on veut donner d'abord comme premier objectif de diminuer complètement la liste d'attente de plus de huit semaines et par la suite on s'attaquera à une nouvelle cible qui sera l'attente de quatre semaines. Parallèlement à ça, je signale encore une fois qu'on est en démarche pour augmenter les unités de radiothérapie, les tomographes à émission de positons, les équipes régionales et suprarégionales.

De dire qu'il n'y a pas de progrès en lutte contre le cancer au Québec, d'après moi, c'est une exagération, il y a du progrès. Est-ce que c'est une situation sérieuse? Oui. Est-ce qu'il faut faire encore plus d'efforts? Oui. Est-ce qu'on peut faire mieux qu'on fait maintenant? Certainement qu'on peut faire mieux qu'on fait maintenant. Là, on a fait déjà un bon bout de chemin et on va continuer de travailler très fort pour que ces délais diminuent encore plus rapidement que ce qu'ils ont fait jusqu'à maintenant.

Mme Harel: M. le Président, le principal, disons, souci de la Coalition Priorité Cancer, c'est que les délais d'attente ne soient pas simplement comptabilisés

à partir de l'investigation, là... du premier traitement, mais que les délais le soient au moment même où la personne recherche un diagnostic. Il semble qu'une des grandes difficultés, c'est l'accès pour obtenir un premier diagnostic, des délais de référence finalement, c'est-à-dire l'accès à un médecin qui vous réfère à un spécialiste. Et ça, ce délai-là, est-ce que le ministre confirme qu'il n'est pas comptabilisé? Le délai qui est comptabilisé... D'ailleurs, c'est très difficile, hein, d'avoir l'idée juste puisque, sur le site du ministère, tout ce qu'on y retrouve, c'est: Le site est en développement. Alors, le site est en développement, mais les chiffres que vous nous donnez ce soir, que l'on retrouve, je crois, dans le livre des crédits, ce sont des chiffres de délais d'attente de traitement.

Le problème, m'indique-t-on, n'est pas là... il est là aussi. C'est bien évident, quand on est hors délai pour obtenir un traitement puis qu'on a un cancer, ce doit être extrêmement angoissant. Mais le problème pour ceux et celles, là, qui sont très impliqués dans la lutte au cancer, c'est d'offrir finalement une investigation pour un diagnostic, et c'est là où il y a, disons, un délai indu qui serait, semble-t-il, un facteur qui cause un nombre de décès dont on me dit que le Québec est au premier rang des décès.

● (20 h 40) ●

Alors, le ministre dit: C'est le tabac. Je comprends que le tabac et le cancer du poumon est responsable, je crois, du tiers des décès des cancers au Québec, mais il y a aussi le deux tiers des autres cancers qui peuvent avoir indirectement une incidence à cause du tabac. Mais ça peut être aussi le fait qu'il y a des délais avant même d'avoir un diagnostic, pas simplement le moment où on attend un traitement.

M. Couillard: Bien, encore une fois, là, il y a certainement des pistes d'amélioration à poursuivre. Mais, je répète, il faut faire attention. Lorsqu'on dit que la mortalité du cancer au Québec est plus élevée qu'ailleurs, il faut l'étudier cancer par cancer. Parce que le cancer, ce n'est pas une maladie, c'est plusieurs dizaines de maladies différentes qui évoluent de façon différente et spécifique. Et il n'y a aucun doute que la prévalence élevée du cancer du poumon chez nous, puis notamment chez les femmes où le taux approche maintenant celui du cancer du sein, explique une grande partie de la mortalité, là, accrue au Québec. Il y a la question du cancer colorectal, où il faut évaluer les chiffres pour voir comment ils sont calculés d'une province à l'autre. Et les autres types de cancers, il n'y a pas de différence significative de mortalité entre le Québec et les autres endroits.

Alors, il faut faire attention. Moi, j'évite toujours de tomber dans le catastrophisme, là, il faut voir les chiffres comme ils sont, les analyser correctement, faire les bons diagnostics, que ce soit en administration ou en médecine, et aller de l'avant sur la base de ces évaluations-là.

Maintenant, je suis d'accord que, dans un monde idéal, ce serait intéressant de calculer les délais à partir du diagnostic, mais à ma connaissance il n'y a pas grand monde qui est équipé pour faire ça dans le monde occidental, là. C'est tellement varié, ces situations-là, que c'est extrêmement difficile à comptabiliser. Ce qu'il y a, c'est des études ad hoc, alors on prend une cohorte de patients puis on les suit rétrospectivement et prospectivement, mais je ne connais pas, là, sauf erreur, d'exemple canadien où on fait cette mesure, là, à partir

du diagnostic. Parce qu'il y a tellement de chaînes d'intervenants qui entrent en jeu que ça devient excessivement complexe à calculer.

Cependant, c'est vrai que plus tôt on est diagnostiqué, plus tôt on est traité. Ça, il n'y a aucun doute là-dedans. Et, pour être diagnostiqué plus rapidement, bien il faut voir des gens donc, puis augmenter la quantité de personnel qui est disponible dans le réseau, et, d'autre part, avoir plus d'appareils diagnostics. Alors, c'est la raison pour laquelle je parlais des tomographes à émission de positons tantôt.

Et également il faut parler des résonnances magnétiques. La résonnance magnétique, c'est un examen par lequel on diagnostique le cancer, et, comme vous le savez, M. le Président, on en installe beaucoup actuellement au Québec, et notamment en région. On vient d'en annoncer une en Gaspésie récemment, une résonnance magnétique mobile qui va pouvoir circuler dans les cinq centres de santé et de services sociaux. Je lisais également les statistiques de la ville de Québec, où on a diminué le nombre de personnes en attente de résonnance magnétique de près de 3 000 à autour de 500, ce qui est un progrès considérable. Et je crois que les mêmes éléments vont être obtenus ailleurs lorsque toutes ces nouvelles machines vont être en opération. C'est assez rapide. Une fois qu'on a autorisé une résonnance magnétique, l'achat se fait assez rapidement. Et on prévoit toujours le budget de fonctionnement également en termes des techniciens et du fonctionnement de l'établissement pour que ces... ces éléments sont faits.

Mais, pour les listes d'attente de la radio-oncologie, c'est quand même la façon la plus fiable et la plus objective de le mesurer. À partir du moment où la personne est prête à recevoir son traitement, ça donne des résultats qui sont standardisés et qui peuvent être comparés d'un endroit à l'autre. Et on est très heureux de pouvoir faire cette comparaison et même de comparer une région à l'autre, un centre de radio-oncologie à l'autre, et ça nous permet également de planifier le déplacement des patients lorsque nécessaire.

On a d'abord d'ailleurs établi, et là on a été aidé beaucoup par la nouvelle structure des RUIS, on a établi des corridors de transfert par lesquels les personnes peuvent être envoyées, par exemple, dans certains centres de radio-oncologie au Québec. Il faut savoir qu'il y a des centres au Québec où il n'y a, à toutes fins pratiques, pas d'attente. Je regarde sur ce document de travail, là, à l'Hôpital de Rimouski, il y a zéro patient sur liste d'attente; à Trois-Rivières, zéro patient; au CHU, zéro patient; à Maisonneuve-Rosemont, deux — un hôpital que Mme la députée connaît très bien; au CHU également, zéro; quatre au CUSM, l'hôpital de McGill qui pourtant avait une importante liste d'attente; cinq à l'Hôpital juif qui également avait apparemment une importante liste d'attente.

Le problème qu'on a... Actuellement, c'est dans deux établissements qu'on a des chiffres plus élevés. Si on regarde le total des patients de sein et prostate en attente de traitements de radiothérapie depuis plus de huit semaines, c'est au niveau de l'Hôpital de Chicoutimi, la Sagamie, et au niveau du CHUM. Dans les deux cas, il y a des éléments de solution en devenir. À Chicoutimi, par exemple, à chaque patient on a offert la possibilité d'être transféré dans un des centres où il y avait zéro attente, et notamment à Québec, qui n'est pas si loin, là, et la

plupart des gens ont refusé, préféreraient attendre que d'être traités loin de leur région, ce qu'on comprend, et on veut que les choses s'améliorent.

Pour le CHUM, bien, on a récemment autorisé le traitement du cancer de la prostate par curiethérapie, qui est une technique par laquelle on place une source radioactive dans la tumeur, donc on n'a pas à utiliser les machines de radiothérapie, ce qui augmente beaucoup le nombre de patients qui peuvent être traités. Et à venir à Québec également. À Québec, bientôt, la même technique va être... est déjà disponible. Donc, il y a plusieurs façons par lesquelles on peut augmenter la productivité.

Mais, si on regarde la situation d'ensemble de nos centres de radio-oncologie, les deux seuls établissements où on a vraiment un chiffre qu'on voudrait diminuer plus rapidement de patients en attente, c'est le CHUM et l'Hôpital de la Sagamie. Dans les autres établissements, on pourrait qualifier actuellement la situation de satisfaisante et même très satisfaisante dans certains cas par rapport à ce qui a été observé auparavant, je pense notamment à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont où les progrès en termes d'attente et d'accessibilité en radio-oncologie ont été considérables. Et je crois d'ailleurs qu'il y a un ajout d'accélérateurs qui est prévu à Maisonneuve-Rosemont, on va vérifier cet état de choses.

Donc, effectivement, dans un monde idéal, on voudrait mesurer la liste d'attente à partir du diagnostic, mais, en termes pratiques, j'ai bien peur qu'on s'engage dans une démarche excessivement complexe qui ne va finalement pas mener à grand-chose. Et, à ce que je sache, là, quand on me donne des exemples, il n'y a pas beaucoup d'autres endroits où on le fait de cette façon-là. Et, comme je le disais tantôt, il est essentiel, si on veut vraiment améliorer le système de santé, de se donner des cibles qui sont des cibles réalistes à court terme, parce que, si on donne des cibles excessivement ambitieuses aux équipes et qu'on leur demande de les réaliser à court terme, elles risquent fort d'échouer et de se démotiver, et on va perdre la collaboration des équipes sur le terrain. Alors, je pense que c'est la direction dans laquelle on veut continuer à aller.

Mme Harel: Alors, une dernière question, M. le Président. Le ministre nous parle de traitement; je lui parlais, moi, d'investigation pour en arriver justement au diagnostic qui par la suite amène à un traitement. Il nous dit: Les choses sont en contrôle, là, dans les épisodes de traitement. Mais je répète que ce que pensent en fait les organismes qui sont très impliqués et leurs porte-parole, c'est qu'on est des dinosaures, semble-t-il, au Québec quant au processus d'investigation.

Alors, disons que j'y vais en vrac, là, mais est-ce que le ministre entend donner suite, là, aux demandes qui lui ont été formulées à la suite du forum de la Coalition Priorité Cancer, notamment de divulguer tous les délais d'attente en oncologie, y compris ceux qui précèdent finalement le traitement, ceux qui se retrouvent dans la période d'investigation?

La coalition souligne qu'il faut accélérer d'urgence la mise en place d'un registre national et uniformisé des tumeurs respectant les normes canadiennes, américaines et européennes. Un tel registre, ajoute la coalition, permettrait de mieux connaître l'évolution des cancers, d'ajuster les pratiques professionnelles et les

traitements. En général, les observateurs notent que le Québec dispose de données peu fiables sur les tumeurs, rendant les comparaisons difficiles avec les autres systèmes de santé. La coalition est inquiète du degré de priorisation du cancer dans les projets cliniques qui préparent actuellement les nouveaux centres de santé et de services sociaux, nés de la fusion des hôpitaux, des CLSC et des CHSLD. Il est impératif, ajoute la coalition, que le cancer soit aussi une priorité au niveau local, comme au niveau régional. De plus, la coalition demande que les réseaux intégrés de services prévoient que le cancer soit une priorité et ajoute que, dans les hôpitaux offrant des services en oncologie, cette spécialité médicale devrait être organisée en départements oncologiques, ce qui n'est pas le cas actuellement. Les porte-parole de la coalition insistent pour que les personnes touchées par le cancer et les organismes du milieu communautaire et bénévole soient davantage impliqués dans la lutte contre le cancer. La coalition réclame une reconnaissance accrue du rôle de l'action communautaire et bénévole.

Et je dois vous dire que c'est avec beaucoup de regrets que les organismes membres de la coalition ont pris acte de l'abolition du Conseil québécois de lutte contre le cancer. Ils considèrent que cet organe consultatif permettait une vision d'ensemble et permettait à des intervenants de différents milieux de se coordonner au sein de ce conseil consultatif... Conseil québécois de lutte contre le cancer. Alors, est-ce que le ministre maintient l'abolition du Conseil québécois de lutte contre le cancer? Et quand entend-il mettre en place ce registre national, là, qui est réclamé par la coalition pour connaître l'évolution des cancers et ajuster les pratiques en conséquence?

● (20 h 50) ●

M. Couillard: Alors, effectivement, il y a plusieurs points qui ont été apportés. Moi, d'abord, je ne partage pas la comparaison jurassique, là. Le Québec est loin d'être un dinosaure en lutte contre le cancer, il y a même des endroits où on est fortement en avance, qu'on pense, par exemple, à la question des tomographes par émission de positons dont l'indication principale est le cancer. Il n'y a pas une province au Canada qui a un parc d'équipements aussi considérable que le nôtre considérant du développement qui s'approche.

Les registres, effectivement c'est nécessaire de disposer de registres pour le cancer. On les constitue actuellement, autant au niveau local que national. Et je pense que, là, c'est une chose qui était déjà dans les cartons de la Direction nationale de lutte contre le cancer, qui a intégré les fonctions d'ailleurs du Conseil québécois. Et les mêmes personnes qui étaient sur le Conseil québécois vont donner des conseils également à la direction nationale et sont régulièrement utilisées. On vient d'ailleurs de renouveler le mandat pour les rémunérer lorsqu'on fait appel à ces tables d'experts, qui sont exactement les mêmes personnes qui étaient sur le Conseil québécois de lutte auparavant. La question donc des registres est en constitution.

Il ne faut pas minimiser encore une fois le rôle de l'intégration des services dans les centres de santé et de services sociaux et de l'infirmière pivot dans l'amélioration de plusieurs des dysfonctions qu'on observe dans notre réseau de santé. Et je pense que ce sera vrai pour le cancer comme pour les autres domaines de services. Les RUIS sont effectivement déjà très utilisés dans le traitement

du cancer. D'abord, j'ai expliqué tantôt que la constitution des corridors de services pour les patients nécessitant des traitements de radio-oncologie est basée sur la structure des RUIS, des territoires de desserte des RUIS, est discutée à cet endroit, et les RUIS sont d'ailleurs en train de mettre en place une table de coordination en oncologie. Je pense que, là, il y a effectivement un effort de coordination majeur qui s'enclenche.

Au niveau montréalais, je parlais tantôt de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, on nous indique que normalement, au cours des trois prochaines années, il devrait y avoir trois nouveaux accélérateurs linéaires installés là. Alors, on va fortement augmenter la capacité. Je sais que c'est un hôpital qui est près des préoccupations de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et je crois que là-dedans on est en bon chemin. Donc, constitution des registres également locale et nationale, utilisation des RUIS pour non seulement les corridors de services, mais une table de coordination en oncologie. Au niveau de Montréal également, les travaux, comme vous le savez, sont en cours pour la complémentarité de services entre le CHUM et le CUSM, et, notamment dans le programme de lutte contre le cancer, il y a des travaux très avancés pour bien coordonner les actions, les listes d'attente et les corridors de services pour les patients dans les deux organisations universitaires, et je pense que c'est très, très encourageant.

Donc, essentiellement, il y a beaucoup des recommandations qui ont été émises par le forum sur lesquelles on travaillait déjà, qu'on va continuer de faire. Le point de désaccord, le seul point de désaccord majeur qu'on ait avec le forum, c'est la question de l'agence. Ils ont le choix, eux, d'une agence, qui est une structure particulière. On ne pense pas que ce soit ce qui est le plus efficace actuellement. Pour les autres constats et les autres recommandations, on est dans la même direction, sauf pour l'affirmation que le Québec est au stade jurassique, là. Je pense qu'il faut faire attention de ne pas trop s'autoflageller au Québec, là; on n'est pas si mal. On a du progrès à faire, mais, en terme général, les services sont de bonne qualité, et les gens le reconnaissent, et bien sûr on veut faire encore plus de progrès dans cette direction-là.

Un commentaire par contre du forum que j'ai trouvé très justifié, c'est toujours le même commentaire qui revient tellement souvent que je pense qu'il faut vraiment s'y attarder sérieusement, c'est la question du Programme de dépistage du cancer du sein à Montréal. Et ça, on a des échos, là, comme la députée, j'en suis certain, de part et d'autre qui montrent que clairement c'est un programme qui ne fonctionne pas au niveau où il devrait le faire, et on veut s'y attarder de façon prioritaire. Et c'est quelque chose que le Dr Audet-Lapointe d'ailleurs lui-même a souligné dans les rencontres que j'ai eues avec lui.

Donc, vous voyez, pour l'ensemble de leurs constats, on est dans la bonne direction, dans la même direction, sauf pour certains détails ou certains éléments. Je dirais que l'élément majeur de divergence actuellement, c'est la question de la structure, là, agence par rapport à direction nationale intégrée au ministère.

Mme Harel: Le ministre me permettrait-il simplement de lui rappeler qu'au-delà de la structure

et même nonobstant la structure je pense que le principal point de divergence, c'est l'absence d'unification de l'intervention en matière de dépistage et de prévention et de traitement au sein d'un même lieu de coordination, que ce soit l'agence ou que ce soit le ministère? Mais le fait que ce soit, d'un côté, la santé publique qui fasse la prévention et le dépistage puis, de l'autre côté, le ministère qui fasse le traitement, il y a là quelque chose qui n'est finalement pas unifié, là.

M. Couillard: Ce n'est quand même pas deux planètes différentes, c'est des gens qui se côtoient quotidiennement. Il faut faire attention également à ce genre de recommandation là parce qu'on pourrait l'appliquer dans beaucoup d'autres secteurs. Les activités de prévention et de dépistage, elles sont concentrées notamment dans le Programme national de santé publique, et, si on dit: Bien, pour le cancer, on va tout ramener, incluant la prévention, dans la direction, pourquoi ne pas le faire également dans tous les autres secteurs où le Programme national de santé publique intervient. Je pense qu'il faut être relativement prudent là-dedans.

Cependant, de là à dire que je suis satisfait actuellement notamment de la question de dépistage du cancer du sein, je l'ai déjà dit à plusieurs reprises, non. Spécifiquement à Montréal, il faut qu'on travaille plus fort. Mais il ne faut pas non plus donner l'impression qu'il s'agit de gens qui ne se parlent pas, et qui ne se rencontrent pas, et qui ne sont pas autour des mêmes tables. Il s'agit de gens qui, depuis des années, collaborent et collaborent encore mieux depuis qu'on a unifié cette direction. Je comprends qu'on voudrait aller plus loin dans l'unification, et je ne dis pas que c'est impossible d'y penser, mais il faut être prudent avant de commencer à désagréger nos organisations de santé publique, qui se sont bien constituées au cours des dernières années et qui constituent un des secteurs du système de santé où le Québec est nettement en avance par rapport à d'autres régions.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Deux-Montagnes.

Projet d'agrandissement du Centre hospitalier Saint-Eustache

Mme Robert: Alors, moi — merci, M. le Président — j'aborde un tout autre sujet, c'est ce qui a trait à la partie d'immobilisations. Alors, je pense que M. le ministre doit savoir à l'avance ce que je veux lui demander. Aux crédits, l'an dernier, nous en avons parlé, à chaque session, il y a au moins une question de posée sur le développement du projet. Alors, c'est certain, c'est toute la question de l'agrandissement de l'Hôpital de Saint-Eustache. Ce matin, vous me mentionniez, au niveau des maisons de naissance qui sont fortement réclamées dans les Laurentides, que c'est une question de priorité. Mais on sait fort bien que l'agrandissement de l'Hôpital Saint-Eustache a été établi comme étant une priorité. Depuis la fin de 2003, le projet est complété. C'est simplement le O.K. pour la pelletée de terre pour l'agrandissement. Il y a une forte rétention de population, les modules sont installés déjà depuis plus de trois ans. Il ne faudrait quand même pas attendre une sorte de

catastrophe, parce que les gens qui travaillent dans ce milieu-là sont dans des conditions assez difficiles, on le sait, qui... Même la chapelle sert parfois à loger des malades.

Alors, M. le Président, j'aimerais bien savoir du ministre quand. Au mois de décembre, vous m'aviez dit bientôt. Alors, j'espère qu'il y a une date très, très prochaine. La population de Mirabel, du comté de Groulx et la population des Deux-Montagnes attend avec impatience cet agrandissement, et toutes les Laurentides aussi.

M. Couillard: Alors, oui, M. le Président, c'est un projet dont on a déjà discuté et c'est effectivement un projet prioritaire. Il y a plusieurs raisons qui expliquent actuellement le fait qu'on n'ait pas encore procédé à l'annonce définitive de l'exécution de ces travaux-là. Je suis très confiant cependant qu'on pourra le faire assez prochainement, dès que les travaux seront terminés. Je donne quelques exemples de ces travaux-là.

Il y a plusieurs étapes dans un programme de développement immobilier. Les coûts autorisés de mise à l'étude étaient de 24 392 289 \$, et, comme ça se produit malheureusement très fréquemment dans les projets immobiliers du système de santé, lorsqu'on a eu les plans et devis préliminaires, c'était rendu 47 472 815 \$. Alors, là, il faut s'asseoir puis faire une réflexion avec l'établissement puis la région parce qu'on ne peut pas, nous, entériner ça d'un seul coup, comment ça se fait qu'on est passé de 24 millions à 47 millions en l'espace de relativement peu de temps. Et il faut toujours vérifier qu'est-ce qui explique cet élément-là, il faut s'assurer que les coûts sont validés de part et d'autre.

Nous, ce qu'on veut faire, c'est... On a intégré maintenant les frais administratifs, les équipements médicaux, les mobiliers, les équipements généraux, les ressources informationnelles. On a fixé une cible avec l'établissement et la région, et ça ne devrait pas être difficile à faire, de ramener le projet aux alentours de 37 883 808 \$; c'est assez précis, mais disons 37,8 millions de dollars. Je pense qu'on est capable de le faire. Il faut dire également qu'on se dirige actuellement, on dit, vers 35 millions. Alors, je pense que les discussions sont en bonne direction.

• (21 heures) •

Il y a également le fait qu'on lie maintenant les projets immobiliers, on le dit de façon très ouverte à tous les établissements et toutes les régions, on lie le progrès des établissements en termes immobiliers à leur progrès en termes de gestion également. On observe quelle est la gestion, les niveaux de gestion, de performance de gestion par rapport aux cibles d'atteinte de l'équilibre budgétaire, et, lorsqu'on annonce les projets... Et ça a été le cas dans tous les projets qu'on a annoncés. Il y a plusieurs projets que j'ai retardés jusqu'à temps qu'on ait abouti à une conclusion en ce qui a trait aux équilibres budgétaires de l'établissement. Parce qu'un projet immobilier, surtout de cette envergure-là, ne peut qu'être installé dans une ambiance de gestion saine qui se traduit par des ententes claires entre le ministère, l'agence et l'établissement sur l'atteinte d'objectifs financiers.

Je suis conscient que c'est important pour la population, pour notre consœur, mon collègue le député de Groulx m'en parle également très fréquemment. Moi, je suis très confiant que ce projet-là va suivre son cours et va être réalisé d'ici là... ou on aura donné le feu vert,

d'ici la fin du mandat, à ce projet-là. Mais il va falloir d'abord s'entendre sur l'enveloppe, et on est en bon progrès là-dessus; il faut s'entendre sur la cible du budget de fonctionnement, et j'ai bon espoir que, dans la prochaine enveloppe d'immobilisations, on pourra l'intégrer puis donner le feu vert à l'exécution de ces travaux-là.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Robert: Oui, ça va. Je sais que la gestion de l'hôpital a toujours été très serrée. Il y a une nouvelle direction depuis deux ans, et je pense que ça continue d'être quelque chose de très serré et très sérieux, ce sont des gens... Et le projet était, en janvier 2004, à toutes fins pratiques, finalisé, et il y avait entente sur les coûts, et c'est pour ça que je suis très surprise de la réponse. Alors, je vais quand même retourner voir, mais je suis très surprise de votre réponse sur la question de discussion alentour des coûts. Merci.

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

**Projet de conversion de l'ancien bâtiment du
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur
en centre multivocationnel**

M. St-André: Merci, M. le Président. Alors, à mon tour, j'aimerais poser quelques questions en ce qui concerne un projet d'immobilisations situé dans ma circonscription. J'ai déjà eu l'occasion d'interroger le ministre à plusieurs reprises sur ce projet-là. Il s'agit de la transformation d'un immeuble, situé à Repentigny, qui était occupé, jusqu'à l'année dernière, par le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur qui est maintenant déménagé à Lachenaie. Le ministre a entre les mains un plan fonctionnel et technique pour la transformation de cet immeuble-là, depuis novembre 2003, et, depuis, on n'en a plus jamais entendu parler. Alors, j'aimerais savoir où en est rendu ce projet, au niveau de votre ministère, et à quand peut-on s'attendre à une mise en chantier de la transformation de l'immeuble, situé à Repentigny, en centre multivocationnel de santé.

M. Couillard: Alors, effectivement, il y a un projet actuellement de transformer l'ancien hôpital Le Gardeur en un centre multifonctionnel ou multivocationnel, selon le terme qu'on préfère employer, avec un CHSLD de 120 lits et les organismes de réadaptation interne et externe. C'est un projet d'une valeur de 27 millions de dollars. Ce projet-là va devoir être intégré au plan d'action de la région pour les personnes âgées en perte d'autonomie, qui devrait être présenté à la région d'ici l'automne prochain, d'une part. D'autre part, il y a un budget de fonctionnement qui va être associé à ça. C'est un nouvel établissement, ça, et on ne fera pas ce qui a été fait par l'administration précédente avec le nouvel hôpital Le Gardeur où il a fallu littéralement qu'on trouve 23 millions du budget de fonctionnement pour le nouvel hôpital qui n'avaient pas été provisionnés nulle part.

Alors, quand on va annoncer l'exécution de ce projet-là, il va, d'une part, falloir qu'il soit placé dans le contexte d'un plan d'action régional pour les personnes en perte d'autonomie, et, d'autre part, qu'on ait planifié avec

l'agence la façon de fournir le budget de fonctionnement. Et on verra comment est-ce qu'on pourra le réaliser, mais c'est deux conditions qui sont incontournables.

M. St-André: Alors, M. le Président, dans la réponse que le ministre vient de me donner, effectivement, l'année passée, lorsque je lui ai posé la question à l'étude des crédits, il m'a fourni ces éléments de réponse. Cependant, il en passe deux sous silence qui me semblent particulièrement importants.

L'année dernière, dans ses réponses, il avait dit que son ministère procèderait à une analyse de faisabilité du projet qui devrait être complétée à la fin juin 2004. Il m'a aussi répondu que l'enveloppe d'immobilisations devrait être connue à l'automne 2004 et donc qu'en conséquence on aurait une idée, à l'automne 2004, d'où en serait le projet.

Alors, j'aimerais savoir si l'analyse de faisabilité, laquelle il s'est engagé à reconduire de la part de son ministère et qui devait être produite pour juin 2004, a été faite et quels en sont les résultats, puis quelles sont également les réponses obtenues du Conseil du trésor en ce qui concerne son enveloppe d'immobilisations, à l'automne 2004, en ce qui concerne ce projet-là.

M. Couillard: Alors, on a reçu effectivement le plan fonctionnel et technique. Les travaux d'évaluation, de ce côté-là, sont terminés depuis à peu près l'époque du début du dernier été.

Cette année, la priorité dans Lanaudière, la région que représente le député, ça a été l'urgence à l'Hôpital régional de Lanaudière. On sait qu'il y a toujours la question, à Lanaudière, le sud contre le nord ou le nord contre le sud, comme dans le bon vieux temps aux États-Unis, mais on ne veut pas non plus donner l'impression d'asymétrie dans les développements. Il y a un hôpital tout neuf qui vient d'ouvrir, dans le sud de Lanaudière, avec un budget de fonctionnement considérable qui a fortement augmenté les crédits de santé de la région. On veut que la région nord également ait sa part de développement, et c'est la raison pour laquelle, cette année, ce qui a été priorisé, ce n'est pas le projet de l'ancien Hôpital Le Gardeur, c'est le projet de l'Hôpital de Joliette. Et on verra, l'an prochain, s'il sera priorisé.

M. St-André: M. le Président, je suis un petit peu surpris encore une fois de la réponse. L'année dernière, en réponse à mes questions, le ministre reconnaissait que ce projet-là figurait en tête de liste des priorités fixées par l'agence de développement régionale. Il me dit maintenant que ça passait en dessous. Aussi, M. le Président, je trouve ça un peu surprenant qu'on puisse opposer des projets au sud et au nord de la région. Il y a des besoins au nord, que je reconnais volontiers, et je ne pense pas que, parce qu'on va de l'avant avec des projets qui sont tout aussi nécessaires au nord, qu'on doit dire à d'autres régions: Bien, je m'excuse, peut-être qu'il y a des projets essentiels chez vous, mais je n'ai pas assez d'argent, on ne peut pas aller de l'avant. Les besoins humains fondamentaux, en ce qui me concerne, ça ne peut pas se négocier sur la base de considérations financières ou budgétaires. Ce projet-là, il est indispensable...

Ah! Ça fait sourire le ministre, ça fait sourire le ministre. Est-ce que le ministre est en train de nous dire qu'il est plus important de respecter l'équilibre budgétaire du gouvernement ou de l'État avant de faire passer la santé des citoyens? Pourtant, à la dernière campagne électorale... pourtant, à la dernière campagne électorale...

Le Président (M. Copeman): Sur une question de règlement, M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: M. le Président, je comprends qu'il peut avoir une certaine frustration, mais est-ce qu'un ministre a le droit de sourire, au Québec?

Le Président (M. Copeman): Regarde, là...

M. St-André: Ce n'était pas une question de règlement.

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

M. St-André: Si ce n'est pas une question de règlement, M...

Le Président (M. Copeman): M. le député, c'est moi...

M. St-André: ...

Une voix: Un instant, là! Un instant!

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

M. St-André: ...

Le Président (M. Copeman): M. le député de L'Assomption!

M. St-André: ...

Le Président (M. Copeman): M. le député de L'Assomption, c'est moi qui va indiquer et statuer si c'est une question de règlement, pas vous. Ce n'est pas une question de règlement, poursuivez votre questionnement, s'il vous plaît.

M. St-André: Merci beaucoup, M. le Président, d'aborder dans mon sens.

Le Président (M. Copeman): Plaisir!

M. St-André: Alors, M. le Président, j'estime... Puis d'ailleurs c'était au coeur de la plateforme électorale du Parti libéral à la dernière élection, la santé, c'était une priorité. Ce projet-là, dans ma région, permet de consolider l'ensemble des soins de santé et des services sociaux dans le sud de Lanaudière. Il est capital, et ça a été reconnu, l'année dernière, dans la réponse que le ministre lui-même m'a donnée. Alors, je répète ma question: Quand le ministre va-t-il procéder à une mise en chantier de la transformation de cet immeuble-là à Repentigny en centre multivocationnel de santé?

M. Couillard: M. le Président, dès qu'on jugera le projet prioritaire. Cette année, c'est l'Hôpital de Joliette qui a été la priorité. Son collègue le député...

M. St-André: ...

M. Couillard: Bien, est-ce que je peux répondre?

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Un instant! Un instant! À l'ordre, s'il vous plaît! M. le député de L'Assomption, le ministre a la parole. Si vous voulez poursuivre, par la suite, après son échange, je vais vous permettre de le faire. Mais nous allons respecter l'ordre ici, en cette commission, et la délicatesse nécessaire pour bien fonctionner à la commission. M. le ministre avait la parole, il va avoir la parole jusqu'à ce qu'il termine son intervention. Si vous désirez intervenir par la suite, je vais vous reconnaître. M. le ministre, la parole est à vous.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Donc, cette année, c'est le projet de l'Hôpital de Joliette qui était la priorité, qui a été financé et autorisé. D'ailleurs, son collègue le député de Joliette était présent, il en était fort heureux.

C'est la réalité de l'administration publique: il y a une enveloppe à déterminer puis ce n'est pas une enveloppe infinie. Moi, je n'ai aucun problème avec ce concept-là. Quand on me dit: Comment ose-t-on parler de budget, une enveloppe financière? C'est comme ça, l'administration publique. La réalité du gouvernement, c'est comme ça. Mais il devrait se satisfaire, le député, que, contrairement à la formation politique à laquelle il appartient, nous, on investit en santé puis on ne met pas les gens à la retraite. Alors, je me demande où est-ce qu'il était lorsque le projet dont il discute aujourd'hui n'a jamais même été évoqué ou priorisé par nos prédécesseurs? Où est-ce qu'il était lorsqu'une trentaine de médecins et plus ont été mis à la retraite dans Lanaudière? Où est-ce qu'il était lorsque le budget de développement auquel on a dû, nous, pourvoir pour le nouvel Hôpital Le Gardeur n'a jamais été dégagé?

Alors, ça, c'est un gouvernement qui gère correctement, qui corrige les inéquités interrégionales et qui fait des priorités. On ne dit pas que son projet ou le projet auquel il tient ne sera pas réalisé également, il va finir par être réalisé. Et, moi, je désire qu'il soit réalisé lorsqu'il sera priorisé et qu'il sera placé dans le cadre d'un plan d'action intégré pour les personnes en perte d'autonomie. Et c'est tout à fait normal d'administrer la santé comme ça. Et, s'il est intéressé à la santé, bien, je lui suggère de traverser l'Assemblée, parce que, de ce côté, on a investi 3 milliards en santé, on engage des gens, on ne les met pas à la retraite, puis on installe les équipements partout au Québec. Alors, c'est la bonne façon de gérer le système de santé. On est dans la bonne direction, et je suis convaincu qu'il s'en rend compte lui-même, même si, de toute évidence, il n'est pas prêt à le dire aujourd'hui.

M. St-André: Alors, M. le Président...

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

M. St-André: ...je vais être prêt à traverser l'Assemblée lors de la prochaine élection, lorsque notre parti politique remportera les prochaines élections.

• (21 h 10) •

Dans un deuxième temps, je pense que le ministre démontre une profonde méconnaissance de ce dossier-là dans les affirmations qu'il a faites. Il devrait savoir que c'est le gouvernement du Parti québécois justement qui a demandé de mettre à l'étude ce projet-là. Puis, s'il a un plan fonctionnel et technique entre les mains actuellement en ce qui concerne la transformation de cet immeuble-là, c'est parce que c'est un ministre de la Santé et des Services sociaux du Parti québécois qui a commandé l'étude. D'autre part, le ministre devrait savoir également que, lorsque nous étions au gouvernement, j'ai posé de nombreuses questions en ce qui concerne la dispense de services de santé et de services sociaux dans la région de Lanaudière. Mais évidemment ça, je pense que le ministre est trop partisan pour le reconnaître.

Mais ces choses-là étant dites, il y a des services aux citoyens qui sont indispensables et qui sont incontournables. Ce projet-là, il est essentiel dans le sud de Lanaudière, et, sans faire de partisanerie, je lui demande, comme il le faisait d'ailleurs l'année dernière... Je vais simplement le citer, là: «...ce projet-là, qui est en première priorité, est donc bien situé. [...] Alors, effectivement, on veut procéder assez rapidement parce que maintenir la bâtisse inoccupée, également ça a des coûts.» C'est le ministre qui disait ça l'année dernière. Là, aujourd'hui, il attend, puis il a besoin d'autres études avant d'annoncer le projet. Est-ce que le ministre peut au moins être cohérent avec la réponse qu'il m'a donnée l'année dernière, puis, aujourd'hui, nous dire quand la mise en chantier de la transformation de cet édifice-là va être lancée?

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

M. St-André: Parce qu'il n'y a plus de raison d'attendre. Il a tout ce qu'il faut en main pour aller de l'avant avec ce projet-là.

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

Le Président (M. Copeman): Pardon?

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

M. St-André: M. le Président, en conclusion, «le plus tôt possible», ça peut vouloir dire «jamais».

Le Président (M. Copeman): M. le député de Bertrand, je crois que c'est le moment opportun pour vous d'intervenir dans ce débat-là.

Projet de déménagement du Manoir de la Pointe bleue

M. Cousineau: Merci, M. le Président. Merci, M. le Président. Je remercie ma consœur la députée d'Hochelaga-Maisonneuve de me donner la possibilité de poser une question au ministre concernant les immobilisations, moi aussi.

Bonjour, M. le ministre. L'année dernière, à peu près à la même date, j'ai posé une question concernant la relocalisation du CHSLD du Manoir de la Pointe bleue de Sainte-Marguerite vers Sainte-Adèle. J'avais mentionné au ministre, à ce moment-là, que c'était une priorité et puis qu'il y avait un consensus dans les Laurentides, à la MRC des Pays-d'en-Haut, un consensus entre tous les intervenants, au niveau des membres du C.A. du CLSC et CHSLD Manoir de la Pointe bleue, au niveau des gens de la municipalité de Sainte-Adèle, un consensus aussi qui regroupait les gens de l'agence qui était, à ce moment-là, la Régie régionale de santé. Je rappellerais au ministre aussi que ce dossier avait fait l'objet évidemment d'une mise à l'étude, et puis le concept était terminé, qu'il y avait des argentés réservés au Conseil du trésor.

J'ai requestionné le ministre, l'automne dernier, à deux reprises...

Une voix: ...

M. Cousineau: J'ai requestionné le ministre à deux reprises, au salon bleu, l'automne dernier. Le ministre m'a dit que c'était imminent, l'annonce était imminente, que le député serait content. Alors, j'ai redemandé au ministre, quelque part il y a à peu près un mois, sur le parquet de l'Assemblée nationale, si le dossier était encore imminent, et puis il m'a répondu que oui, que c'était un dossier prioritaire, et puis il a même salué les efforts de l'ancien ministre du gouvernement précédent qui a sécurisé les lieux en investissant 190 000 \$ pour sécuriser les lieux en attendant le transfert des pensionnaires de Sainte-Marguerite vers Sainte-Adèle.

Alors, c'est un dossier qui est prioritaire, M. le ministre, de notre région, c'est un dossier aussi qui... c'est une sécurisation, hein? C'est un dossier qui est très important, parce que les gens sont logés présentement à Sainte-Marguerite, dans un ancien hôtel qui était conçu pour recevoir des gens dans un hôtel dans les années soixante-dix, et puis même ça a été construit dans les années quarante, là. Puis je vous rappellerais que, lorsque les premiers pensionnaires sont arrivés au Manoir de la Pointe bleue, bien c'était des gens qui étaient autonomes à 90 %, 95 %. Aujourd'hui, 90 % à 95 % des gens sont non autonomes, donc il faut donc transférer ces gens-là.

Donc, M. le ministre, je vous demande si c'est encore imminent, le transfert de... le début de la construction. Où est-ce que vous en êtes rendu dans le dossier, s'il vous plaît?

M. Couillard: Oui, M. le Président. Bien, je suis content de dire à notre collègue qu'effectivement les sommes sont provisionnées; c'est supérieur à 21 millions de dollars. Donc, il n'y a aucun problème, il va y avoir réalisation de ce projet-là fort probablement dans les semaines qui viennent.

La seule étape qu'il reste actuellement — et l'étape est au Conseil du trésor — c'est la discussion entre le mode de réalisation... On sait que localement on a fait le choix d'une variété de partenariats ou une sorte de partenariat public-privé, qui n'est pas une forme complète, et cependant il est possible également qu'on le fasse en mode traditionnel. C'est la seule chose qu'il reste

à régler. Donc, ce n'est pas le principe du projet, le projet va être réalisé. Alors, ça, je peux en donner l'assurance à notre collègue. Et on va demander que ces discussions se terminent rapidement.

Je suis conscient du problème, on en a parlé plusieurs fois. Il y a des installations qui sont très vétustes pour la sécurité des gens également, et c'est important qu'on statue rapidement là-dessus. Mais encore une fois ça va être fait.

M. Cousineau: Oui, parce que vous êtes conscient... M. le Président? Vous êtes conscient que, dans la région des Laurentides, la région est en pleine croissance démographique et puis d'une façon fulgurante comparativement aux autres régions du Québec. C'est une des régions... c'est la région qui a la plus grande croissance et puis en particulier chez les personnes âgées. Donc, ce n'est pas de l'ajout de lits, c'est un transfert de patients d'un endroit à l'autre pour sécuriser tout le monde.

Il y a peut-être une question, M. le ministre. Je me souviens qu'en 2003 on parlait d'autour de 13 millions de dollars. Vous m'avez parlé de 21 millions présentement?

M. Couillard: Bien, on me dit, M. le Président, que c'est supérieur à 21 millions, la valeur du projet actuel. Peut-être qu'on pourra avoir des détails plus tard puis je pourrais vous les transmettre. C'est une bonne nouvelle.

M. Cousineau: Oui! C'est...

M. Couillard: C'est un projet considérable. Mais je viens de voir également qu'on nous a... le 19 mai dernier, l'orientation de l'exécuter en mode traditionnel, votre projet aux Pays-d'en-Haut.

M. Cousineau: En mode traditionnel?

M. Couillard: En mode traditionnel, donc on va pouvoir le débloquer, là, le plus rapidement possible.

M. Cousineau: M. le Président, est-ce qu'on parle d'une construction CHSLD-CLSC conjoint ou...

M. Couillard: Le chiffre global, c'est 14,9 millions, plus mobilier et équipements.

M. Cousineau: Ah bon!

M. Couillard: Alors, 16,6 millions, mais en tout cas c'est entre 15 millions et 17 millions, là, finalement. Le chiffre qu'on a entendu de 21 millions n'était probablement pas adéquat.

M. Cousineau: On a récupéré 5 millions.

M. Couillard: On vient de sauver 4 millions. On pourra le mettre sur le projet de votre voisin.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Cousineau: Alors donc, si je comprends bien, M. le ministre, c'est imminent.

M. Couillard: C'est imminent, puis la décision a été prise pour aller en mode traditionnel. C'est le 19 mai, très récent. Et c'est une bonne nouvelle.

M. Cousineau: ...il faudrait s'entendre sur le terme «imminent», là, mais...

M. Couillard: Imminent imminent, là.

M. Cousineau: Imminent imminent. Parfait!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: C'est éminemment imminent.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Cousineau: Merci.

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

Intentions concernant le Pavillon Saint-Charles-de-Limoilou

Mme Maltais: Bonjour, M. le Président, chers collègues de la commission, M. le ministre et son équipe, je suis heureuse de vous retrouver, un an plus tard, à l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour parler du même sujet avec peut-être d'aussi belles nouvelles que mon collègue de Bertrand, c'est-à-dire du Pavillon Saint-Charles de Limoilou. Vous vous en doutez sûrement, M. le ministre.

L'an dernier, au sujet du Pavillon Saint-Charles de Limoilou, nous avons eu un échange intéressant où, M. le ministre, vous nous disiez deux choses. D'abord, que vous n'étiez pas sûr d'avoir un plan triennal en immobilisations. Vous disiez donc: Je dois d'abord avoir un plan triennal en immobilisations. Je souhaite en avoir un. Je verrai à ce moment-là. Deuxièmement, vous disiez que ça dépendrait du modèle de gestion. Je sais que vous venez d'annoncer qu'il y a un... Mon collègue de Bertrand va voir arriver une immobilisation sur son territoire qui sera en modèle conventionnel.

À ce sujet du modèle de gestion, pendant l'année il y a eu des travaux dans la région. J'ai le rapport Mallette, qui a été commandé par le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud, qui disait que, si c'était en mode conventionnel, ça coûterait 42 millions; si c'était en mode PPP, ça coûtait 56 millions. Ça a même été ce rapport qui a fait l'essentiel des débats qu'on a eus sur le coût véritable des PPP et à quel point ça coûte beaucoup plus cher qu'en mode conventionnel souvent.

Donc, vous nous disiez, en finale, et je vais vous citer: «Il n'y a pas de décision quant au modèle de réalisation de ce projet-là, mais on ne veut certainement rien faire pour le ralentir», et vous en avez parlé deux fois de cette importance de ne pas ralentir le projet.

Alors, je vous demande, maintenant qu'il y a eu ce débat au sujet des PPP, quelle est votre décision au sujet du modèle de gestion pour la réalisation du pavillon Saint-Charles de Limoilou? Et je vous rappellerai, M. le ministre, que c'est le dossier numéro un dans la région en matière de CHSLD.

M. Couillard: Ah! Il y en a un autre également qui est le Centre Saint-Sacrement, que vous connaissez probablement, qui est très vétuste, sur le Chemin Sainte-Foy. C'est un projet également prioritaire. Rassurez-vous, je ne suis pas en train de vous annoncer que votre projet ne se fera pas... ou celui dont vous discutez plutôt ne se fera pas, parce qu'également mon collègue le député de Jean-Lesage m'en parle très, très souvent, de ce projet-là.

C'est la même réponse que votre collègue tantôt. Le projet est provisionné. La décision est prise dans la même lettre du 19 mai. On annonce qu'il va aller en mode traditionnel également. Ce qui prouve que, chaque fois, on évalue au cas par cas les bénéfices d'une méthode ou d'une autre, et, dans ce cas-là, il a été prévu d'aller en mode d'exécution traditionnel. Donc, c'est dans le même degré d'imminence que celui du comté de Bertrand.

● (21 h 20) ●

Il s'agit d'un projet, là, qui est assez important, hein? On sait qu'il y a une récupération de budget de location d'espaces du CLSC de 5 millions qui fait que la participation du ministère va être autour de 21,2 millions, un projet total cependant d'une valeur de 27,4 millions. Et c'est des très bonnes nouvelles qui sont imminentes également pour cet établissement-là.

Mme Maltais: M. le Président, pour bien comprendre le ministre, ça signifie que vous allez donner l'autorisation dans l'année... je ne veux pas vous encadrer, là, mais qu'on sera, nous... on ne se retrouvera pas ici, l'année prochaine, en train de discuter du projet du Pavillon Saint-Charles.

M. Couillard: Bien, ça ne devrait pas, même que je pense que la députée fera exprès de venir aux crédits, l'an prochain, pour me remercier d'avoir, au cours de l'année qui vient de s'écouler, effectivement autorisé le projet dont elle parle. Puis je suis certain qu'elle a également remarqué toutes les annonces qu'on a faites dans la Capitale-Nationale récemment: résonnance magnétique à l'Hôpital du Saint-Sacrement, l'urgence à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Il y a le Centre Saint-Sacrement qui s'en vient également; il y a le Centre de génie tissulaire, qu'elle connaît probablement bien, le centre de recherche. Alors, il y a beaucoup d'activités dans notre capitale autour des immobilisations en santé. Et, pour le projet dont il est question ici même, le projet de Limoilou, donc de très bonnes nouvelles, comme dans le comté de Bertrand. Que voulez-vous, M. le Président, on ne peut pas satisfaire tout le monde en même temps. J'aurais aimé ça également satisfaire mon collègue de L'Assomption, mais deux sur trois, c'est quand même pas mal.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Maltais: M. le Président, après cette année d'attente parce que le ministre a tergiversé au sujet des PPP, je ne ferai pas la fine bouche et je me féliciterai de cette annonce quand elle arrivera.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Très bien.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Ah! Vous voulez peut-être poursuivre? C'est bien ça? O.K. Oui? Bien, c'est parce que je cherchais la définition d'«imminent». On l'a utilisé beaucoup. Ça vient du latin «imminens» — il faut que j'enlève mes lunettes: «Qui va se produire dans très peu de temps. Immédiat, proche. Son arrestation est imminente.»

Une voix: ...exemple.

Le Président (M. Copeman): Ce n'est pas le meilleur exemple. Il y en a un autre qui est encore moins intéressant. Victor Hugo: «Rien n'est plus imminent que l'impossible.»

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): C'est de valeur que le député de L'Assomption soit parti.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Ah! Bon...

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Couillard: M. le Président, vous savez comme j'apprécie votre éloquence, puis on est dans un festival de citations. Il y en a une que notre collègue député de Vachon a faite récemment que je trouve tellement belle que je vais la répéter. C'est en commission, ici, il dit: «L'éternité, ça peut être très long, surtout vers la fin.»

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Et il y en a une autre également, d'Albert Einstein, qui est particulièrement utile à connaître, je crois, et utile en politique, c'est... Il dit la chose suivante: «Il est plus difficile de désagréger un préjugé qu'un atome.» Et voilà quelque chose qui devrait nous inspirer, chacun et chacune d'entre nous, au cours de la prochaine année.

Le Président (M. Copeman): Bon! Mme la députée de Chambly.

Mme Legault: Je suis Mme la députée de Chambly.

M. Couillard: C'est Woody Allen qui a dit ça: «L'éternité, c'est long, surtout vers la fin.»

Des voix: ...

Mme Legault: Woody... Quelle citation?

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Bien, je suis désolé de mettre fin à cet échange, mais Mme la députée de Chambly, la parole est à vous.

Dépenses liées au déplacement des usagers

Mme Legault: Merci, M. le Président. Alors, M. le ministre, j'aimerais vous questionner sur la page 55 du tome II, les réponses aux questions particulières.

Une voix: Oh boy!

M. Couillard: ...à cette page, M. le Président.

Mme Legault: Vous étiez à cette page...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Legault: On est sur la même longueur d'onde.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Il faut que j'aille chercher la définition de «coïncidence». Mais allez-y.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Legault: On est aux dépenses liées à la politique de déplacement des usagers. Et, très honnêtement, quand j'ai vu 18 854 000 \$ pour les patients de la Montérégie, je me suis un peu étonnée. Alors, je comprends qu'on est nombreux, là, 1,7 million, mais on n'est... dans la Côte-Nord. Est-ce que... Pouvez-vous nous expliquer un petit peu ce qu'il en est?

M. Couillard: Oui, M. le Président. C'est intéressant, effectivement. Si on regarde ce tableau, à la page 55, pour les politiques de déplacement des usagers, on constate qu'il y a des coûts importants de 18,8 millions en Montérégie, alors que la Côte-Nord, qui est une région géographiquement plus éloignée...

Mme Legault: Je comprends qu'il y a moins de monde, là, mais...

M. Couillard: ...avec par contre une population moindre, a des coûts de 9,4 millions.

Mme Legault: Oui, oui. Je comprends ça, là.

M. Couillard: La raison est la suivante, c'est qu'en raison des reconductions historiques de budget, la fameuse question de l'inéquité interrégionale...

Mme Legault: C'est ce que je pensais.

M. Couillard: ...et du fait que la construction des infrastructures en santé n'a pas suivi en Montérégie par rapport à d'autres régions, notamment Montréal... C'est la raison pour laquelle plusieurs patients de la Montérégie ont à se déplacer. Il s'agit d'une très vaste population également...

Mme Legault: Oui, oui.

M. Couillard: ...plus nombreuse, ce qui explique qu'en termes de nombres absolus on a cet effet sur les

coûts. Mais c'est intéressant parce que c'est une traduction très concrète du problème de l'inéquité inter-régionale et de la reconduction historique des budgets et du manque d'infrastructures en Montérégie qu'on essaie de corriger, comme vous le savez, là, notamment avec la radio-oncologie et d'autres types de projets. Et la santé mentale également est un autre élément où les gens ont à se déplacer pour des services. Je sais que notre collègue le député de Saint-Jean a éloquemment, également, comme vous, abordé la question de l'inéquité interrégionale. Mais, si on avait à en donner une preuve...

Mme Legault: C'en est une.

M. Couillard: Voilà, et voilà une preuve qu'on peut citer de façon très, très éloquente pour illustrer les conséquences de l'inéquité interrégionale en termes de budget de fonctionnement et en termes d'infrastructures également.

Dons et greffes d'organes et de tissus

Mme Legault: Merci. Je voudrais revenir au sujet qu'abordait tout à l'heure Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, la lutte au cancer. J'ai, on a tous, près de nous, là, quelqu'un de notre famille ou de notre réseau d'amis qui souffre de cette maladie, et, moi, il y a quelqu'un de très, très près de moi qui mène actuellement un dur combat, et il est en attente d'une greffe. Et je sais que, bon, l'année dernière, vous avez rendu public un plan d'action qui touche la greffe, le don d'organes, des tissus. Où est-ce qu'on en est avec ça maintenant?

M. Couillard: Bien, sur le plan du don d'organes et des greffes, c'est un autre exemple où on peut se comparer et se consoler, et ça dépend avec quel endroit on se compare. Si on compare la performance québécoise à la situation canadienne, on peut dire que la performance du Québec est très bonne en termes de nombre de références à Québec-Transplant. Le nombre de transplantations, du taux de donneurs par million de population, il est plus élevé au Québec qu'ailleurs, et ça, c'est notamment depuis que Québec-Transplant a été mis sur pied et notamment depuis que les infirmières coordonnatrices sont présentes dans les centres hospitaliers. Et j'ai moi-même été témoin de l'arrivée de ces personnes, et il y a eu un changement, là, radical, en termes de sensibilisation, en termes de prélèvement d'organes et en termes de transplantations.

Malheureusement, malgré les progrès accomplis, on a, par exemple, pu réaliser, avec 136 donneurs décédés, 381 transplantations. 44 donneurs vivants également... Les donneurs vivants, c'est une tendance qui augmente de plus en plus, notamment pour la transplantation rénale. Mais également on l'a vu récemment pour une transplantation hépatique, il y a eu une première qui a été réalisée à l'Hôpital Saint-Luc, au cours des dernières semaines, où on prend une partie du foie d'un donneur vivant pour le transplanter à quelqu'un de sa famille. Il y a eu également de nombreuses transplantations, 43 reins. Et donc, si on ajoute ça aux donneurs décédés, c'est 424 transplantations. Malgré ça, en 2004, il y a 31 Québécois et Québécoises qui sont décédés en attente d'un organe. Alors, ici, il s'agit de pathologies très

sérieuses, coeur, poumons en particulier, et 860 personnes étaient sur une liste d'attente pour recevoir ces transplantations.

Il y a, d'une part, donc, la greffe d'organes, pour laquelle le plan d'action prévoit une augmentation du taux de donneurs du Québec. Évidemment, on pourrait se satisfaire d'être les meilleurs au Canada, mais, si on regarde la situation par exemple en Espagne, qui est le champion européen du don d'organes, il y a encore du progrès à accomplir, hein? Si ma mémoire est exacte, le chiffre de dons d'organes par million, au Québec, est autour de 19, 20, ce qui est beaucoup mieux qu'ailleurs au Canada, autour d'une douzaine, mais, en Espagne, c'est 30. Alors, on peut faire beaucoup mieux. C'est la raison pour laquelle on a notre collègue d'ailleurs, M. Cusano — excusez-moi, je n'aurais pas dû prononcer son nom.

Mme Legault: À l'Assemblée nationale, de Viau.

M. Couillard: Le vice-président, le député de Viau, qui vraiment a connu de très près tout le problème de la transplantation, qui a présenté un projet de loi privé sur la question qu'on va pouvoir incorporer dans notre législation pour que le consentement soit plus facile à obtenir et à conserver, consentement au don d'organes.

Il y a également la greffe de tissus humains, alors c'est les cornées, les os, les valves cardiaques, la peau, qui est en progression constante.

Alors, il s'agit, là, de toutes sortes de développements technologiques qui vont améliorer les soins de santé. Et la mise en oeuvre du plan d'action sur les dons et greffes d'organes et de tissus, ce qu'il faut remarquer, c'est qu'il s'intègre très bien avec la réorganisation du réseau, en termes de centres de santé et services sociaux, responsabilités régionales, hiérarchisation des soins, et surtout les RUIS, les réseaux universitaires intégrés de santé, parce que les activités de transplantation sont par nature complexes et réalisées dans les centres hospitaliers universitaires. Donc, il est essentiel que l'entente se fasse entre les différentes facultés de médecine pour la répartition des activités, particulièrement celles qui sont extrêmement spécialisées. En gros, voici les progrès ou les projets qui sont en cours.

On a vu également... il y a un article de journaux, je pense, c'est aujourd'hui ou hier, où on notait que la tendance maintenant d'utiliser également des organes de personnes âgées décédées, lors d'un arrêt cardio-respiratoire par exemple, permet de servir des personnes âgées, par exemple en attente de greffe rénale, qui normalement n'auraient pas pu, selon les critères classiques, n'auraient pas pu bénéficier d'une transplantation. Et c'est une nouvelle tendance qu'on a dans la littérature scientifique, qu'on applique au Québec.

• (21 h 30) •

Il y avait d'ailleurs un témoignage — je crois que c'était aujourd'hui ou hier — d'une personne qui avait reçu la transplantation d'un rein provenant d'une personne âgée et qui avait été libérée de l'hémodialyse grâce à cette nouvelle option.

Alors, beaucoup de développement, beaucoup d'améliorations également à apporter, un état de situation où le Québec se compare favorablement au reste du Canada, mais où on peut faire encore beaucoup mieux, et c'est ce qu'on a l'intention de faire.

Mme Legault: ...les questions éthiques, hein, on a vu récemment, là, quelqu'un qui était prêt à acheter un rein, là. Qu'est-ce que vous pensez de tout ça?

M. Couillard: Bien, c'est clairement à rejeter, le commerce d'organes humains, là, c'est quelque chose qui doit être formellement rejeté. Il y a eu des demandes pour que le gouvernement fédéral, dans le cadre du Code criminel, soit plus incisif dans l'approche de cette situation-là. Je crois que c'est une bonne chose et qu'il faut continuer ces pressions-là. Il est hors de question d'aller dans cette direction-là, là. C'est clairement inacceptable sur le plan éthique.

Mme Legault: C'est certain. Mais on va donc exercer, nous, des pressions sur le fédéral?

M. Couillard: Bien, c'est déjà commencé à plusieurs niveaux, là. Le Code civil, au Québec, l'interdit déjà, mais on voudrait que ce soit en fait plus fortement criminalisé, si vous me passez l'expression, et là c'est là que le gouvernement fédéral doit également intervenir, mais le Code civil du Québec interdit déjà ce type de commerce là.

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

Mme Gaudet: Merci, M. le Président. Sur le même sujet, M. le ministre, on sait que présentement, au Québec, la totalité des transplantations de foie, de poumons, de pancréas ainsi que la majorité des greffes du rein et de coeur s'effectuent à Montréal. Souvent, ce sont des patients qui viennent des régions du Québec, qui se rendent à Montréal, qui doivent donc être hébergés s'ils n'ont pas de famille ou d'amis. À ce moment-là, ça engendre des coûts qui peuvent être assez considérables, que ce soit pour une greffe ou que ce soit pour des traitements après une greffe. Alors, à ce moment-là, Lina Cyr a créé une fondation et a mis sur pied un centre d'hébergement, étant elle-même une greffée.

J'aimerais savoir, M. le ministre... Parce qu'il semble que le ministère de la Santé et des Services sociaux finance cet établissement, mais c'est difficile de ramasser suffisamment de fonds pour arriver à un financement adéquat. Je voudrais savoir si vous avez l'intention, M. le ministre, d'apporter votre soutien financier à la Fondation Lina Cyr pour qu'elle puisse poursuivre son oeuvre... qu'elle opère, si je puis dire, cette maison depuis 1993 ou 1994 déjà.

M. Couillard: M. le Président, j'ai eu l'occasion de visiter cette maison, c'était assez impressionnant de rencontrer Mme Cyr également qui est très, très active, comme on le sait, dans la société. Elle fait la Marche des greffés chaque année, un événement très, très important.

Effectivement, la Maison des greffés existante est reconnue et financée de façon récurrente. Le montant qui était initialement financé était le montant de 350 000 \$. On a ajouté 38 000 \$ en vertu de la politique de soutien à l'action communautaire, et, depuis 2004-2005, ce montant supplémentaire de 38 000 \$ est récurrent, de sorte que le financement global récurrent est maintenant à 388 000 \$.

C'est une mission très importante, parce que, comme vous l'avez souligné, les activités de greffes se

font à Montréal et les gens sont servis de partout au Québec. Mme Cyr fait actuellement beaucoup d'activités pour la levée de fonds dans le but de construire une deuxième maison, et c'est un projet qui lui tient à coeur, projet qu'on veut accompagner, et notamment, là, dans le cadre de la Marche des greffés, c'est toujours quelque chose à laquelle il est fait allusion. L'an dernier, d'ailleurs, on avait accueilli, avec M. Marcel Leboeuf, le comédien bien connu, l'arrivée de la Marche des greffés avec Mme Cyr, et on est prêts à l'accompagner pour cette question-là de sa mission. Les subventions à même la marge discrétionnaire également ont fortement augmenté: de 2 000 \$, en 2002-2003, elles sont passées à 35 000 \$, en 2004-2005. C'est un moyen par lequel on veut témoigner à Mme Cyr de notre appréciation pour sa mission et également le beau travail qui est fait.

C'est impressionnant de la visiter, je recommande aux collègues qui ont l'occasion de le faire d'y aller, dans cette maison, de rencontrer les personnes. Il y a les personnes en attente de greffes, malheureusement il y en a, parmi celles qu'on a dit tantôt, qui décèdent en attente, c'est souvent dans le cadre de cette maison. Il y en a qui partent pour la greffe, et c'est tout un événement lorsque quelqu'un quitte pour l'hôpital pour aller recevoir leur transplantation. Des fois, ils reviennent après également pour leur convalescence initiale, et ça crée une sorte de collégialité ou de cohésion entre ces personnes qui est très, très émouvante à voir. Et donc on a augmenté le financement, il est récurrent, indexé. On le soutient avec les marges discrétionnaires, et on surveille de près, et on accompagne Mme Cyr dans son projet d'une deuxième maison qui nous apparaît important à réaliser.

Déficit du réseau de la santé (suite)

Mme Gaudet: Dans un autre ordre d'idées, M. le Président, si vous permettez. À titre, bien, de curiosité, en feuilletant le tome II des réponses aux questions particulières, aux pages 8 et 9, je constate que certains établissements de santé ont des déficits, cumulent des déficits. Je regarde, là, dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, entre autres le CH régional de Trois-Rivières, puis le CSSS de Maskinongé, lui, est en équilibre budgétaire, c'est-à-dire qu'il a un léger surplus de 530 000 \$. Alors, j'aimerais savoir, M. le ministre, dans la simple... Bien, dans l'unique région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, il y a huit établissements sur 23 qui sont en déficit budgétaire. Alors, est-ce que vous avez un plan, ou est-ce que vous avez une suggestion, ou est-ce que vous avez une solution pour que ces établissements peut-être en arrivent à un équilibre budgétaire ou à de légers surplus, là?

M. Couillard: Effectivement, on a un plan qu'on a décrit pour amener progressivement le réseau de la santé à un état voisin de l'équilibre budgétaire, sur la base combinée d'une injection annuelle dans les marges budgétaires, dans les colonnes budgétaires des établissements. Il y a eu 100 millions, l'an dernier, qui ont mené à environ 130 millions d'amélioration des déficits d'opération. Cette année, on ajoute 75 millions dans le but d'amener un autre 100 millions d'amélioration. Donc, sur une année subéquente, on devrait s'approcher de l'équilibre budgétaire.

L'autre aspect, outre l'injection de fonds, c'est une gestion rigoureuse et solide. Solide, ça veut dire qui

installe une ambiance de gestion dans l'établissement qui est propice au maintien de l'équilibre budgétaire. Ça, ça nécessite les indexations à pleine hauteur année après année, l'encadrement très strict des développements et l'analyse des déficits.

Lorsqu'un établissement est en déficit, la première réponse, c'est de dire: Bien, on travaille très fort, on a beaucoup de patients, c'est normal qu'on soit en déficit, vous devez nous compenser entièrement le déficit que nous avons. Effectivement, tout le monde travaille très fort, et il y a beaucoup de pression, de demandes de soins dans le réseau de la santé. Mais on fait chaque fois, comme c'est notre devoir, l'analyse de ces déficits-là pour voir quels sont les facteurs qui y contribuent.

Vous avez, par exemple, parlé du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. On voit que les résultats d'exploitation, en termes de déficits, sont assez éloignés de la cible qui avait été signifiée par l'agence régionale. Alors, quelle est la raison de ce phénomène: Est-ce que c'est une demande de soins accrue? Est-ce que ce sont des choix organisationnels de l'établissement? Par exemple, à Trois-Rivières, on sait que le regroupement en un seul site de Saint-Joseph à Sainte-Marie a été fait beaucoup plus rapidement que prévu, de sorte que ça a entraîné une surcharge assez subite des activités de l'hôpital. Est-ce que ça a contribué? Est-ce que c'est un phénomène qui est passager ou permanent? Tout ça doit être analysé en collaboration avec l'établissement et l'agence.

Alors, il y a une approche extrêmement individualisée qui est utilisée. Les gestionnaires du ministère font le tour des agences régionales, des agences aux établissements, de façon à ce que chaque situation soit regardée de façon très, très précise et qu'on en arrive à une cible qui soit réaliste et qui soit également compatible avec le maintien ou même l'augmentation des services à la population.

Puis là-dessus il y a une expérience dont je peux témoigner en pratique parce que je l'ai vécue autant dans le réseau de la santé que maintenant: lorsqu'on est devant une situation de déficit, la première réponse de l'établissement souvent c'est de dire: Bien, on ne pourra pas, sinon on va être obligés de couper dans les services. À l'examen précis, ceci ne s'est jamais produit. Lorsqu'on va visiter les établissements, on trouve toujours d'autres solutions que la diminution de services. Au contraire, ça a même souvent comme conséquence de mieux donner les services de façon plus efficace et plus proche également des besoins de la population.

Ça ne veut pas dire que ce n'est pas impossible qu'à l'occasion il y ait des pressions de services accrus et imprévus. On le reconnaît et on le finance à ce moment-là. Mais il faut se garder de jugements globaux, et chaque cas est différent, chaque cas est un cas d'espèce. Et là-dessus il faut féliciter nos gestionnaires, autant régionaux que ministériels, du travail d'accompagnement et d'analyse qui est fait, qui est très rigoureux, qui donne des résultats, on le voit, parce que cette question des déficits d'opération doit être corrigée progressivement et de façon solide, de façon à remonter un peu, je dirais, la confiance des citoyens envers le réseau de la santé, et corriger cette perception qu'il s'agit d'un vaste trou noir, comme on dit, dans lequel il n'est pas possible de gérer efficacement, ce qui à mon avis n'est pas le cas.

● (21 h 40) ●

Mme Gaudet: M. le Président, si on fait une comparaison, c'est certain que ce serait souhaitable qu'il n'y ait plus aucun établissement de santé qui soit en déficit, là, mais est-ce qu'il y a une amélioration au niveau de... bien, de l'équilibre plus ou moins atteint, là, ou légèrement dépassé, l'équilibre budgétaire? Le réseau de la santé, est-ce que les établissements sont en voie, là, de... en nette amélioration par rapport aux années antérieures?

M. Couillard: Bien, les résultats de la première année sont encourageants, puisqu'on est passés de 363 millions de déficit d'opération à environ 230 millions. On va ajouter un autre 75 millions, cette année, pour le diminuer encore plus. Mais ce qui est critique, c'est que ce soit fait encore une fois sur une base solide, parce que l'expérience des années passées a montré que, si on se contente de renflouer les budgets des établissements sans par la suite assurer la pleine indexation et le financement des nouvelles installations et le contrôle des développements, les déficits se reconstituent mathématiquement et automatiquement. Alors, c'est ce qu'on veut faire et c'est ce qu'on espère léguer au réseau de la santé une fois notre passage au gouvernement terminé.

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

Variation du budget de dépenses (suite)

Mme Harel: Merci, M. le Président. Je voudrais poursuivre sur le thème des priorités... des immobilisations.

M. le Président, il y a une énigme dans l'étude des crédits que nous poursuivons, là, et que nous devrions compléter d'ici minuit ce soir. L'énigme est la suivante. L'an dernier, lors de l'étude des crédits, le ministre, comme on sait, avait un budget plus imposant que celui qu'il nous propose de voter ici même, aujourd'hui. On sait que les budgets sont décroissants. La première année, c'était 1,2 milliard, deuxième année, 963 millions, et, troisième année, ce sera 780; donc les budgets sont décroissants. 780, ce sera l'augmentation des crédits que nous voterons ce soir en comparaison à ceux votés l'an dernier. Alors donc, c'est décroissant.

L'an dernier, le ministre avait dit qu'il avait 200 millions de développement avec un budget qui couvrirait 5,1 % du budget global et qu'il pouvait faire, donc, du développement. Cette année, il n'a pas le 5,1 %, il a 180 millions de moins que l'an passé, il a 420 millions de moins qu'il y a deux ans. Alors, comment le ministre va-t-il être capable de faire du développement avec 180 millions de moins que l'an passé?

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

M. Couillard: Alors, c'est simple, puis je le répète à chaque année, il faut comprendre comment est structuré le financement du réseau de la santé et de quoi est composé le coût d'indexation.

Maintenant, je vais quand même corriger quelque chose. Quand on parle de crédits, on parle effectivement de 700 quelques millions, mais, en termes de dépenses réelles, ce sera 826 millions, comme le ministre des Finances l'a annoncé dans son budget.

La première année, effectivement il y avait plusieurs factures à acquitter dans le budget, dont les ententes avec les fédérations médicales qui passaient à la caisse, si vous me passez l'expression, et qu'il fallait acquitter la première année à notre arrivée. C'est tout à fait correct par la suite que, compte tenu de la différence entre le budget de l'an dernier et celui de cette année — et, dans les deux cas, il n'y avait pas, comme on le sait, de paramètres salariaux à ajouter, il n'y en a pas actuellement, mais il pourrait y en avoir, au cours de l'année, qui viendront s'y ajouter — c'est normal, compte tenu de la différence des deux chiffres, qu'on ait fait en gros moins de développement cette année par rapport à l'an dernier, c'est dans l'ordre des choses.

Tout en revient à comprendre la structure de l'indexation, qui est composée d'abord d'une indexation de base, ensuite de l'indexation spécifique du système de santé, ensuite, justement, des paramètres salariaux lorsqu'il y a une augmentation de salaires qui s'ajoute à l'effet d'échelons, ce qui n'est pas le cas actuellement, mais qui devrait être le cas au cours de l'année s'il y a conclusion des conversations sur l'équité salariale et des négociations avec les employés de secteur public, et, à ce moment-là, les crédits seront ajoutés en conséquence pour couvrir les augmentations des paramètres salariaux.

Donc, il faut se garder d'utiliser comme règle linéaire que, si on n'a pas 5,1 %, on n'a pas l'indexation. C'est vrai si on a une augmentation de 2 % des échelles salariales à financer en cours d'année, ce n'est pas vrai si on n'a pas à le faire, et, l'an dernier, ce n'était pas le cas. Cette année, pour l'instant, ce n'est pas le cas, puis on verra quels seront les résultats des conversations sur l'équité et la négociation. Il s'agit de bien comprendre cette structure de l'indexation du système de santé, c'est essentiel à comprendre ça, pourquoi c'est à 5,1 %, comment on est rendu à ce chiffre de 5,1 %. Ce n'est pas pris au hasard, c'est un chiffre, que Michel Clair avait mentionné d'ailleurs dans son rapport, basé sur la prévision qu'en général le réseau de la santé aurait à supporter des augmentations d'échelles de salaires aux alentours de l'augmentation des indices des prix à la consommation, donc autour de 2 %. Alors, c'est pour ça qu'on est arrivé au chiffre de 5,1 %, mais c'est constitué encore une fois de trois éléments, hein: l'indexation de base, indexation spécifique et les paramètres salariaux. C'est ce qui nous permet de faire du développement cette année comme l'an dernier.

Mme Harel: M. le Président, le ministre persiste à dire que les ententes à venir avec les fédérations médicales, médecins omnipraticiens, médecins spécialistes, les ententes à venir avec les centrales syndicales amèneront un ajout de crédits. Mes collègues ont interrogé le ministre des Finances et un autre collègue a interrogé la présidente du Conseil du trésor, et à la fois le ministre des Finances et la présidente du Conseil du trésor ont tous les deux répondu que les augmentations à venir le seront dans le cadre des paramètres déjà connus, qu'il n'y aurait pas de crédits additionnels. Alors, je ne sais pas d'où le ministre tient que lui va avoir des crédits additionnels aux budgets qui lui sont alloués, alors que le ministre des Finances et la présidente du Conseil du trésor s'entêtent à dire qu'il n'y en aura pas. Qui dit vrai, là?

M. Couillard: Bien, tout le monde dit la même chose. Moi, je me souviens très bien avoir entendu la présidente du Conseil du trésor dire que dans les faits l'augmentation de crédits en santé dépasserait probablement le milliard une fois les ajustements des paramètres salariaux effectués. Et je ne connais pas d'exemple d'autres gouvernements, dans le passé, qui ont dévoilé à l'étude des crédits le montant qu'ils réservaient pour la conclusion de négociations salariales ou de conversations sur l'équité salariale. Je ne connais pas de précédent de ça. Si c'était le cas auparavant, qu'on me l'explique, mais ce serait fort difficile de procéder de cette façon-là. Je doute d'ailleurs que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, lorsqu'elle était au gouvernement, aurait entériné une telle pratique.

Mme Harel: La différence, M. le Président, c'est qu'on n'était pas en retard de deux années. Je vous rappelle que c'est le 30 juin 2003, depuis le 30 juin 2003 que les conventions collectives sont échues. Les montants ne couvriront pas une seule année, à moins que le gouvernement prétende faire oublier aux employés de l'État qu'ils n'auront pas droit à une indexation la première année ou la deuxième année. Le ministre parle comme si tout commençait cette année seulement, mais il y a une rétroactivité depuis le 30 juin 2003. Ça veut dire qu'il y a trois années de paramètres salariaux à affronter, en fait. Bon.

M. Couillard: Mais effectivement on ne négociera pas avec les employés de l'État autour de la table des crédits. Il faut quand même dire qu'il y a une indexation salariale qui est prévue cette année; il y a l'augmentation d'échelon, là. Ce n'est pas tout le monde, dans la société, qui augmente d'échelon automatiquement à chaque année. C'est le cas des employés des réseaux publics, et ça va être le cas cette année.

Chose certaine, M. le Président, on ne coupera pas 20 % dans la rémunération des employés du secteur public comme ça a été le cas au début des années quatre-vingt, on ne fera pas ça. Et on a déjà établi notre paramètre global. La présidente du Conseil du trésor l'a dit également de façon très claire à plusieurs reprises, que le paramètre était de 12,6 % incluant les règlements des négociations et la conclusion des conversations sur l'équité salariale. Ceci, c'est très clair. Et le gouvernement, lorsqu'il aura conclu ces ententes, ce que nous espérons et souhaitons, assumera ses responsabilités, et les crédits seront ajustés en conséquence de ce qui doit être affecté à l'année financière en cours ou aux années précédentes.

Plan triennal d'immobilisations

Mme Harel: M. le Président, je voudrais revenir à la question des immobilisations. Le plan triennal d'immobilisations est échu depuis le 30 mars 2004, il y a déjà un an de cela. Alors, nous avons, par l'intermédiaire de la loi d'accès à l'information, demandé le nouveau plan triennal d'immobilisations.

J'avais eu l'occasion d'interroger le sous-ministre en titre, lors de la commission parlementaire de l'Administration publique, le 20 octobre dernier, et le sous-ministre ici présent me répondait: «Malheureusement, nous n'avons pas de plan d'investissement.» Alors, il ajoutait: «Là, je dois vous dire que c'est vraiment un

souhait non confirmé, on n'a pas de plan triennal actuellement. Vous avez bien raison, il est tard dans l'année, mais on ne l'a pas.» Ça, c'était le 20 octobre.

Alors, par le biais de la loi d'accès à l'information, en demandant le plan triennal — parce qu'on se rappelle que le plan triennal d'immobilisations comprend les priorités des agences régionales, qu'on appelait les régies régionales auparavant — alors on nous a répondu qu'il n'y en avait pas, de plan triennal d'immobilisations. Le PTI n'existerait pas, nous a-t-on dit. Et les projets qui sont annoncés le seraient à la pièce, avec des C.T. du Trésor, un par un, ce qui ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble de ce que le gouvernement... dans la voie dans laquelle il s'engage sur ces immobilisations, et puis ça ne nous permettrait pas de vérifier si les priorités des régions sont effectivement respectées. Alors, est-ce que le ministre peut nous confirmer s'il y a ou pas un plan triennal d'immobilisations?

• (21 h 50) •

M. Couillard: Bien, oui, M. le Président, il y a un plan triennal d'immobilisations. On l'a d'ailleurs annoncé à plusieurs reprises, c'est plus de 1 milliard de dollars sur trois ans qui a été autorisé, et ça n'inclut pas les projets des centres hospitaliers universitaires de Montréal et de l'hôpital McGill. Et ce qui expliquait, ce matin, qu'en réponse à une question de la députée de Maskinongé j'expliquais que le fait de développer les projets des hôpitaux de Montréal ne compromettrait en rien les projets des régions. L'Hôpital Sainte-Justine cependant est intégré au plan triennal d'immobilisations, projet de 400 millions sur lequel le gouvernement prévoit financer environ 180 millions de dollars sur le total. On sait que la levée de fonds est en bonne voie de réalisation, de ce côté-là.

Ce qu'il faut souligner également dans le plan triennal d'immobilisations, c'est la question du...

Mme Harel: M. le Président, je voudrais juste vérifier, parce que, par la loi d'accès à l'information, on nous a dit qu'il n'y en avait pas. Alors, s'il y a un plan triennal d'immobilisations, il est public. Il est public. Un PTI, c'est public.

M. Couillard: Bien, M. le Président, comme vous savez, moi, je ne suis pas au courant des demandes d'accès à l'information qui circulent. Quand est-ce que ça a été demandé? Je ne le sais pas, mais il y a clairement un plan triennal d'immobilisations, là, qui est disponible, qui est très détaillé. Il peut être obtenu, je suppose, il n'y a pas...

Mme Harel: C'est fait, M. le Président. La demande a été faite, le 6 mai dernier, et d'ailleurs on a un accusé de réception, le chef du Service de ressources documentaires et responsable de l'accès à l'information, M. Claude Lamarre, qui confirme, le 10 mai, bien avoir reçu la demande du plus récent plan triennal d'immobilisations du ministère de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Bien, il y a un plan triennal. On essaiera d'éclaircir cet imbroglio, là, mais il existe un plan triennal d'immobilisations, qui est bien connu, qui a été annoncé dans les régions et qui comprend, il faut le mentionner également, un niveau record d'enveloppes pour le maintien des actifs. Je voulais mentionner ça au moment où on a commencé à parler.

Historiquement, le maintien des actifs dans les réseaux publics éducation-santé n'a jamais été à la hauteur des standards nord-américains qui sont : 2 % de la valeur de remplacement du parc immobilier. Alors, l'enveloppe de maintien des actifs a été fortement rehaussée et assez rapidement rehaussée de façon à ce qu'on puisse maintenir nos établissements en bonne condition.

Cette année, en 2005-2006, l'enveloppe de maintien d'actifs sera de 165 millions, soit 55 millions de plus que l'enveloppe de 102 millions allouée en 2004-2005, qui elle-même était augmentée par rapport aux enveloppes précédentes. Et je pense que ceci est à souligner parce que cette enveloppe de maintien d'actifs, donc, à la hauteur des standards nord-américains s'accompagne maintenant d'une enveloppe de rénovations fonctionnelles, qui, elle, à compter de 2005-2006, est à 115 millions, soit un rehaussement de 40 millions par rapport aux 75 millions alloués en 2004-2005.

Ça, c'est ce qu'on peut appeler la base du plan triennal d'immobilisations, mais les détails du plan triennal sont connus, là. Il y a plusieurs projets qui sont en cours. Les enveloppes totales autorisées sont très importantes, elles dépassent largement le milliard de dollars. Et on pourra le transmettre à la commission, peut-être ultérieurement, là.

Je ne comprends pas ce qui s'est passé avec votre demande d'accès à l'information. Comme vous le savez, moi, je ne les vois pas, les demandes qui circulent. Et il y avait clairement un plan triennal d'immobilisations qui était là, là, au moment où votre demande a été faite, là.

Mme Harel: Bon. Regardez, M. le Président, il y a plusieurs questions à élucider, d'abord le fait que nous ayons fait cette demande. Alors, le ministre nous dit que ce sera transmis au secrétariat de la commission. Je crois que c'est extrêmement utile, là, que nous ayons ce plan d'ensemble d'abord.

D'autre part, j'aimerais, M. le Président, que le ministre prenne connaissance de — ça, on retrouvait ça où? — l'information que nous a communiquée la Direction des investissements du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit des dépenses de capital des cinq dernières années dans le réseau sociosanitaire québécois, et ce qu'on retrouve pour l'année 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002, ce sont finalement les immobilisations qui ont été effectuées, le total, au cours des dernières années. Alors, on voit que, par exemple, le total a été de 3 168 000 000 \$ au cours des cinq années : 1999-2000 à 2003-2004. Donc, 3 168 000 000 \$. Bon. Chaque année, c'était autour de 600 millions. Il y a eu des années où c'était 794, presque 800; d'autres, 667, 619. Alors, on voit qu'on avait une connaissance, là, des immobilisations qui se faisaient chaque année.

Le ministre nous a annoncé 1,2 milliard au cours des trois prochaines années. Il a dit, aujourd'hui, il l'a répété, et ça se retrouve dans le communiqué de presse du ministre des Finances qui s'intitule *Un budget qui respecte nos priorités* et où on voit : De nouveaux investissements totalisant 1,2 milliard de dollars seront mis en oeuvre, au cours des prochaines années, dans le secteur de la santé et des services sociaux. Alors, ces nouveaux investissements constituent, en fait, pour les trois prochaines années, un total qui est loin d'atteindre le niveau d'investissement des années précédentes.

Je vous parle des chiffres qui nous ont été transmis par la Direction des investissements. Alors, je voudrais que le ministre clarifie cette question. Le plan triennal d'immobilisations, quand a-t-il été autorisé pour 2004 à 2007 ou pour 2005-2006 à 2008 d'abord? De combien, au total, est-il? Couvre-t-il trois ans ou quatre ans? Et est-ce un montant de 1,2 milliard seulement?

M. Couillard: Alors, le plan triennal d'immobilisations a été autorisé autour de la période des fêtes, là, et il serait peut-être intéressant qu'on reçoive copie de la lettre qui a été utilisée pour la demande d'accès à l'information pour voir comment elle a été rédigée, et tout ça, parce que j'ai de la difficulté à m'expliquer qu'on n'ait pas reçu la réponse.

La différence entre les chiffres de 1,2 milliard et le chiffre plus important — je vais donner le chiffre, qui est beaucoup plus important que 1,2 milliard — c'est que 1,2 milliard, ce sont les nouvelles initiatives, tandis que, si on ajoute, comme c'est toujours le cas, le maintien des actifs, rénovations fonctionnelles, ressources informationnelles, etc., on arrive à un chiffre plus élevé. Mais les enveloppes totales autorisées pour 2004-2005, c'est 678,7; 2005-2006, 800; 2006-2007, 769,9; et 2007-2008, 583,5. Mais on sait que, chaque année, il y a un nouveau plan triennal qui est déposé, donc ces enveloppes vont se trouver à s'ajouter par la suite aux projets qui sont déjà provisionnés.

Donc, le grand total, de 2004-2005 à 2007-2008 inclus, c'est près de 1,9 milliard, 1 891 600 000... oui, c'est ça, 1 891 000 000 \$, mais là-dedans il faut départager les immobilisations. Dans les immobilisations, il y a des nouvelles initiatives. Il y a la radio-oncologie, il y a les salles d'urgence, etc. Il y a l'immobilier et les équipements puis les ressources informationnelles. Ce qui explique les chiffres qui ont circulé, d'une part 1,2 milliard, ce qui n'inclut pas, je répète, le CHUM et le CUSM qui, à eux seuls, représentent 1,6 milliard qu'on ajoute en termes d'investissements. Donc, c'est des investissements publics qui sont considérables dans le réseau de la santé. Si on regroupe l'enveloppe accordée au Centre hospitalier universitaire de Montréal ou l'Hôpital de McGill qui est de 1,6 milliard, c'est 1,9 plus 1,6, là, sur un peu plus de trois ans, ce qui est assez considérable.

Donc, c'est des enveloppes qui sont connues, là, et j'ai de la difficulté à m'expliquer comment on ait pu leur donner cette réponse au début mai, et tout dépend comment la demande a été formulée. Il s'agirait de la voir, là. Je ne voudrais pas commenter sans qu'on ait pu étudier la lettre, et il serait utile donc d'en avoir copie et on pourrait par la suite la donner, là...

Mme Harel: Certainement, certainement, M. le Président. Alors, le plan triennal... le PTI — plan triennal d'immobilisations — a toujours été rendu public, c'est dans l'ordre des choses. Alors, la première demande est datée du 24 mars... Non, excusez-moi, du 7 mars, et l'accusé de réception est daté du 24 mars.

D'autre part, on a réitéré, le... on a réitéré, en mai...

● (22 heures) ●

M. Couillard: ...déposer...

Mme Harel: Oui, certainement, on va les déposer, certainement, mais j'aimerais également, M. le Président,

que le ministre dépose les dépenses en maintien des actifs. Parce que je voudrais qu'il reconnaisse qu'autant dans les immobilisations que dans les dépenses de maintien d'actifs... Il faut voir que, dans les dépenses de maintien d'actifs, il n'innove pas, là, il y a toujours eu un niveau très imposant de dépenses en maintien d'actifs fait dans les actifs du ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors, autant dans les immobilisations que dans les investissements d'actifs, je le dis en tout respect pour que le ministre ne répète pas qu'il est le premier à le faire... Parce que, M. le Président, son propre ministère nous a envoyé des tableaux qui nous démontrent que les immobilisations, sur les cinq dernières années, ont totalisé 3,1 milliards et que le maintien d'actifs a été extrêmement important, là. On cherche le tableau, mais c'est finalement rassurant, rassurant sur le fait qu'il y a toujours eu des investissements quant au maintien d'actifs.

M. Couillard: M. le Président, c'est là que la différence est importante. Oui, il y a déjà eu des investissements pour le maintien des actifs, mais on m'indique qu'historiquement l'enveloppe de maintien d'actifs était autour de 40 millions, un peu plus de 40 millions. En 2004-2005, elle a été portée à 110 millions puis, en 2005-2006, à 165 millions, en 2006-2007, 215 millions puis, en 2007-2008, 250 millions. Alors, lorsque je dis que... Bien sûr, on n'est pas les premiers à donner des enveloppes de maintien d'actifs, mais on est le premier gouvernement qui les donne à hauteur recommandée par les standards nord-américains, et ça, c'est important à considérer. Parce que 40 millions par année pour un parc immobilier de plusieurs milliards, ce n'est pas suffisant, ce n'est pas assez. Ce n'est pas surprenant que les hôpitaux... C'est la même chose dans le réseau scolaire, en passant. C'est exactement la même chose dans le réseau de l'éducation. Et c'est un progrès qui est considérable.

Donc, je répète les chiffres, là. Pour le rehaussement de l'enveloppe de maintien d'actifs, c'est une enveloppe récurrente. En 2005-2006, cette enveloppe s'élèvera à 165 millions, soit un rehaussement de 55 millions par rapport à l'enveloppe de 110 millions de 2004-2005 qui était elle-même augmentée par rapport aux enveloppes historiques précédentes de façon majeure. Alors, effectivement, il y avait des enveloppes de maintien d'actifs, mais, M. le Président, elles ne sont pas à comparer, en termes de chiffres, avec ce que nous accordons maintenant dans le réseau de la santé.

Mme Harel: Bien, je demande au ministre de faire attention, M. le Président, là, parce que nous ne l'avons pas avec nous ce soir, mais nous allons faire un total sur les dernières années en moyenne. La moyenne des investissements, simplement dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, dans le maintien des actifs, a été de 39 millions par année. Alors, je ne sais pas quelle colonne il regarde, là, mais ça a été des montants extrêmement importants. Il faut qu'il regarde l'ensemble, là, de l'investissement.

M. Couillard: M. le Président, il faut faire attention de ne pas mélanger les enveloppes. Lorsqu'on parle de l'enveloppe spécifique des CHSLD, c'est là

même chose que ce qu'on fait avec les deux enveloppes successives de 35 millions. Ça, ce n'est pas comptabilisé dans le maintien des actifs. Le maintien des actifs, c'est l'enveloppe récurrente pour l'ensemble du réseau, pour le maintien des actifs immobiliers, et s'ajoute à ça une autre enveloppe de rénovation fonctionnelle. C'est ça, la différence, là, qu'il faut noter. Et c'est valide autant pour le réseau de la santé que le réseau de l'éducation, parce que mon collègue, monsieur... le député de Châteauguay — pardon, j'ai failli dire son nom — également pourra faire bénéficier le réseau de l'éducation d'une enveloppe de maintien d'actifs considérable. Alors, il faut regarder les choses en perspective, on ne peut pas nier qu'il y a eu une augmentation très, très importante de l'enveloppe récurrente de maintien d'actifs pour le réseau de la santé et des services sociaux. C'est un fait, là, auquel on ne peut pas échapper.

Mme Harel: ...vous avez fait dans les deux prochaines années de votre mandat en termes d'enveloppes récurrentes dans le maintien des actifs?

M. Couillard: Je l'ai mentionné tantôt, c'est encore mieux que cette année. Alors, en 2004-2005, c'était 110; 2005-2006, 165; 2006-2007, 215; 2007-2008, 250. Et ça, c'est le maintien des actifs général, ce n'est pas les projets, là, de CHSLD de 35 millions, là, qui sont des enveloppes spécifiques pour des projets de vétusté bien ciblés. C'est l'enveloppe de maintien des actifs général pour le réseau de la santé et de services sociaux qui va nous permettre, et au gouvernement précédent, de minimiser les investissements requis de catastrophe, là, pour pallier à des situations de vétusté, d'insécurité parfois qui sont importantes. Mais je pense qu'on devrait reconnaître ça, là, il y a eu une augmentation de l'enveloppe de maintien des actifs. On devrait tous s'en réjouir. Ce n'est pas nécessairement une critique que je fais au gouvernement précédent, là, c'est une modification et une bonification qui est apportée.

Mme Harel: Le ministre distingue les nouvelles initiatives de l'enveloppe récurrente autorisée.

M. Couillard: C'est toujours le cas. C'est toujours ce qu'on fait dans les PTI.

Mme Harel: C'est ça. Alors, j'ai ici, dans les années 2001-2002, uniquement pour les enveloppes récurrentes autorisées, 169 millions, 2002-2003, 169 millions, 2003-2004, puisque c'est le gouvernement précédent qui a autorisé les enveloppes récurrentes, 169 millions, alors que, pour les mêmes années, dans les nouvelles initiatives autorisées, 2001-2002, 857 millions, 2002-2003, 59, mais 2003-2004, par le gouvernement précédent, 675 millions. Alors, je lui demanderais de faire des moyennes, là, avant de prétendre que ce qu'il va faire est sans précédent.

M. Couillard: Mais c'est encore un ajout d'enveloppe, là. C'est parce que l'enveloppe qu'on compare — il faut comparer les comparables — ce qui doit être comparé, c'est l'enveloppe récurrente de maintien d'actifs, qu'il faut séparer le mobilier équipement, ressources informationnelles, recouvrement de dépenses capitalisables

qui font partie de ce qui a été donné. Mais l'enveloppe récurrente de maintien d'actifs pour le réseau de la santé est passée de 40,5 millions à 165 millions, ça devrait être reconnu de façon correcte.

Ça ne veut pas dire que ce n'est pas correct, ce qui a été fait à l'époque. Il y a eu des investissements d'immobilisations importants. On se souvient que c'était en 2001, après la crise, là, internationale, et il y a eu le programme d'accélération des investissements publics à l'époque. On ne dit pas que le gouvernement précédent n'a pas investi en immobilisations, on dit que, nous aussi, on investit puis nécessairement également dans le maintien des actifs. Il faut reconnaître ça, je pense que c'est une bonne chose pour le Québec d'avoir maintenant une enveloppe récurrente correcte, à la bonne hauteur du maintien des actifs immobiliers.

Le Président (M. Copeman): Quelqu'un à ma droite. M. le député de Saint-Jean, excusez-moi.

M. Paquin: Merci, M. le Président. Une information avant d'aller plus loin. Je crois comprendre que vous allez accepter les dépôts de documents de la part de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve?

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Ceux que j'ai en main, c'est...

M. Paquin: ...du 6 de mai, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): ...trois lettres, une datée le 24 mars, à Mme Barber, signée par Claude Lamarre — c'est le chef du Service des ressources documentaires et responsable de l'accès à l'information — une deuxième lettre, le 6 avril 2005, adressée à Mme Barber, signée par la même personne, et une troisième lettre, du 10 mai 2005, également adressée à Mme Barber, signée par la même personne, c'est-à-dire Claude Lamarre, le chef du Service des ressources documentaires et responsable de l'accès à l'information. Il s'agit essentiellement de trois réponses du ministère aux demandes. Alors, ça, j'autorise le dépôt de ces trois lettres. M. le ministre.

M. Couillard: M. le Président, on voudrait également avoir la demande...

Le Président (M. Copeman): C'est ça que j'avais compris.

M. Couillard: ...parce que la demande va nous éclairer sur la réponse, c'est-à-dire comment la demande a été rédigée...

Mme Harel: On va les transmettre de la même manière que le ministre va transmettre le PTI.

M. Couillard: On fera un échange de prisonniers au Checkpoint Charlie, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Qui d'ailleurs n'existe plus.

M. Couillard: Qui d'ailleurs n'existe plus, ce qui est une bonne chose.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Saint-Jean, la parole est à vous.

M. Paquin: Donc, M. le Président, simplement, juste pour mon information, j'ai mal saisi ou mal compris, là, ce que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve a dit, que, le 6 de mai, elle avait fait une demande au bureau d'accès à l'information. J'avais mal saisi ou mal compris. D'après moi, là, c'est un peu ça. C'est ça?

Le Président (M. Copeman): Bien, je n'ai pas à commenter. Écoutez, nous avons les...

Mme Harel: ...que je retrouve les lettres, là. Vous savez très bien comment ça fonctionne. Est-ce que vous avez déjà fait une demande d'accès?

M. Paquin: Oui. Ah! Je le sais très, très bien, ma chère dame.

Mme Harel: Alors, donnez-moi-le, puis je vais vous le réitérer. Lorsqu'on fait une demande d'accès, la réponse nous vient en réitérant la demande. La demande est dans la réponse, c'est-à-dire qu'à chaque fois on nous indique: Nous donnons suite à votre demande d'accès pour obtenir les documents suivants, et on nous indique les documents. Nous avons bien reçu, le 6 mai dernier, votre demande d'accès pour recevoir copie... et on réitère la demande, et après on y répond. Est-ce que ça informe assez bien le député?

M. Paquin: Même très bien.

Le Président (M. Copeman): Écoutez, chers collègues, au lieu d'entamer une discussion entre nous autres, ces lettres-là, j'ai autorisé le dépôt de ces lettres-là. Nous allons faire des copies, M. le député de Saint-Jean va arriver à ses propres conclusions quant au contenu des lettres. Est-ce que ça vous convient?

M. Paquin: Ah! Mais déjà, M. le Président... Ça me convient certainement, mais déjà je comprends très bien, là, très, très honnêtement, l'explication. J'avais mal saisi, je...

Le Président (M. Copeman): Très bien.

M. Paquin: Mais bien expliqué, est-ce que... J'avais bien dit: Est-ce que j'ai bien compris ou j'ai mal compris? Et j'ai l'impression que j'avais mal compris. C'est réglé.

Le Président (M. Copeman): O.K. En plus, j'imagine, vous avez une question pour le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Paquin: En plus, en prime, en prime, M. le Président.

● (22 h 10) ●

Le Président (M. Copeman): Excellent. Qu'on procède, d'abord.

Dons et greffes d'organes et de tissus (suite)

M. Paquin: Bien, on parlait, M. le ministre, M. le Président, de greffes tantôt, ma collègue parlait de greffes. On en a parlé beaucoup, mais j'aimerais aborder un autre sujet au niveau des greffes, M. le ministre, là. Les greffes de tissus humains font partie désormais des traitements inconditionnels offerts par la magie de la nouvelle technologie, c'est extraordinaire, dans tous les... ou la plupart des services de santé au Québec. Mais on se signale que plusieurs banques ont été formées pour, si on veut, garder ces tissus humains là mais qu'ils ne travaillent pas nécessairement en coordination les uns envers les autres et que ça cause un problème, et que ça ne protège pas vraiment, là, cette grande richesse qui peut servir énormément à des gens qui peuvent avoir eu des blessures ou des accidents et qui ont besoin de greffes de tissus humains. Mais je crois que le ministre a un plan de match très avant-gardiste dans ce domaine, j'aimerais ça qu'il nous en fasse part.

M. Couillard: Bien, effectivement, M. le Président, la greffe de tissus humains fait partie maintenant des traitements qui s'ajoutent aux transplantations d'organes, dont il a été question plus tôt. Il s'agit des cornées, des os, des valves cardiaques, de la peau, etc. Et il est très difficile, compte tenu de la situation actuelle, d'assurer une surveillance adéquate de ce secteur d'activité parce qu'il y a de plus en plus de médecins qui utilisent de plus en plus de tissus, si on veut simplifier la situation, de sorte que la demande est constamment croissante, ce qui a provoqué l'apparition de petites banques de tissus autonomes pour usage interne à l'intérieur de certains centres hospitaliers qui ont des normes et des standards différents, puisqu'il n'y a aucune norme nationale qui est actuellement en vigueur dans ce domaine-là.

Souvent, la banque, c'est un terme glorifié pour parler d'un congélateur ou d'un réfrigérateur où sont entreposés les tissus. Et d'autres tissus, notamment les os et les valves cardiaques, sont achetés sur le marché américain. Par conséquent, il devient très difficile de répertorier tout ce qui existe au Québec en termes de banques de tissus et il n'y a aucun portrait d'ensemble fiable pour les besoins en greffons qui est disponible au Québec afin d'en assurer la qualité et la sécurité. C'est important parce qu'il y a malheureusement des incidents qui sont rapportés dans la littérature, allant jusqu'au décès de la personne recevant un tissu non correctement prélevé, ou préservé, ou contaminé.

Alors, l'historique de ce dossier-là se confond beaucoup avec l'historique de l'organisation d'Héma-Québec, un autre élément pour lequel le gouvernement précédent a agi. Comme vous le voyez, je suis prêt à reconnaître les actions qui nous ont précédés. Et, à partir de 1998, Héma-Québec a eu pour mission de fournir des composants de substituts sanguins et de tissus humains sécuritaires. En octobre 2001, on a reconnu officiellement la compétence d'Héma-Québec dans le traitement et la distribution de tissus humains. En décembre 2001, les activités du Centre de conservation de tissus humains du Québec ont été officiellement intégrées à celles

d'Héma-Québec. On a confirmé, en janvier 2002, la compétence d'Héma-Québec en exigeant du Centre hospitalier Sainte-Justine qu'une entente préalable soit conclue avec Héma-Québec, notamment au plan de la gestion de la banque de sang de cordon ombilical. C'est une nouvelle technique qui est en expansion actuellement.

En septembre 2004, on a inauguré les nouveaux locaux d'Héma-Québec à Québec avec des installations de tissus, Héma-Québec tissus humains dont j'ai parlé tantôt. On a élargi, en novembre 2004, le mandat du Comité d'hémovigilance afin d'y inclure celui de conseiller le ministre sur l'état des risques reliés à l'utilisation des tissus humains. En avril 2005, Héma-Québec a obtenu l'agrément de l'American Association of Tissue Banks pour le prélèvement, le traitement, l'entreposage et la distribution des tissus musculosquelettiques. Présentement, cette association américaine est la seule institution de référence en termes de standards dans les aspects qui incombent aux banques de tissus en Amérique du Nord.

Donc, c'est un gage et un témoignage de la haute qualité du travail qui se fait à Héma-Québec, parce que les critères et les exigences de cet organisme américain sont excessivement élevés. Et je voudrais souligner qu'Héma-Québec, à titre de fournisseur de produits sanguins, est le premier à obtenir cette certification au Canada, donc un autre exemple pour le Québec qui ne bat certainement pas la marche mais, au contraire, est à l'avant-garde dans la question.

On veut bien sûr considérer que l'élaboration de normes par Santé Canada a débuté en 1995, que la publication des normes s'est produite en 2003, que les règlements sont prévus en hiver 2006, que Santé Canada a débuté des inspections en janvier 2005 des établissements canadiens et qu'on doit faire un ajustement législatif éventuellement au Québec pour cette question des organes et tissus pour confirmer que chaque banque de tissus, tout établissement possédant une banque de tissus devra se conformer à ces normes par un processus d'agrément standardisé. Et on est au courant également des dangers potentiels associés à ces procédures.

On considère également que le ministère n'a jamais attribué de permis pour l'exploitation de banques de tissus au Québec et que conséquemment on a assisté à l'apparition de plusieurs banques de tissus plus ou moins clandestines n'ayant pas de pratiques de fabrication et d'entreposage normalisées, ce qui n'est certainement pas acceptable à l'état actuel des choses. Il y a une personne responsable du dossier des banques de tissus qui a récemment été nommée au ministère, et, à ce jour, Héma-Québec est la seule organisation reconnue pour exploiter une banque de tissus. Et on a, comme je l'ai mentionné, élargi le mandat du Comité d'hémovigilance pour la question des tissus et des organes.

Donc, on veut continuer à progresser dans les démarches de centralisation des banques de tissus à Héma-Québec et le rôle de supervision et indiquer clairement à tous les intervenants du réseau de la santé que seul Héma-Québec est autorisé à distribuer des tissus humains pour fins de greffe et que par définition toute banque de tissus non reconnue par Héma-Québec devra être fermée, il en va de la sécurité des personnes et de l'avenir de ce type d'activité.

M. Paquin: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme James): C'est terminé, M. le député de Saint-Jean?

M. Paquin: C'est complet pour moi.

La Présidente (Mme James): C'est complet? Alors, M. le député de Rouyn-Noranda, la parole est à vous.

Budget en santé et services sociaux pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue

M. Bernard: Merci, Mme la Présidente. Alors, en premier lieu, il est tard, on est rendus à 22 h 15, mercredi soir. Aux gens qui nous écoutent, qui sont très actifs, je tiens à souligner la victoire de l'Océanic de Rimouski contre Kelowna, 4 à 3, ce qui est très bien parce que c'est Québec. Alors, un petit aparté comme ça qu'il est important de dire pour ceux qui nous écoutent et... parce qu'on a quand même des joueurs...

Une voix: C'est bon pour la santé.

M. Bernard: ...Mme la Présidente...

Une voix: ...

M. Bernard: Oui, entre autres, mais je ne suis pas sûr qu'ils écoutent la commission parlementaire. Mais je voudrais revenir, Mme la Présidente, sur un point quand même intéressant par rapport aux propos de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, quand elle a parlé des négociations de conventions collectives. J'aimerais rappeler aux gens que la convention précédente avait été prolongée de 2002 à 2003 parce justement qu'il n'y avait pas eu d'entente à cet égard-là avec... Oui, avec un 2 %, mais il n'y avait pas eu d'entente de réglée à ce moment-là. Alors, c'est quand même très important de rappeler qu'il y avait encore des choses... chemin à faire avant que nous arrivions au gouvernement.

Puis, pour les gens qui nous écoutent, la population du Québec, c'est très important de rappeler que la priorité de notre gouvernement était, là, un investissement massif en santé. C'était notre première priorité, et, au cours des deux premières années — maintenant, ça fait quand même deux ans — on a réinvesti 3 milliards de dollars en santé. Et, malgré ce que je pourrais dire, toutes les entourloupettes ou toutes les manières de vouloir changer les chiffres — la fonction de l'opposition — il faut reprendre quand même le constat majeur, c'est que nous investissons plus de 3 milliards au cours des deux dernières années, et c'est le chiffre important à rappeler à la population du Québec. On avait un engagement, on est en train de le réaliser.

Et à cet égard je me permets, Mme la Présidente, de reprendre ici le communiqué du député d'Abitibi-Est, et ministre responsable de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec, et également ministre des Ressources naturelles, de la Faune et des Parcs, qui a dévoilé, vendredi dernier donc, le budget 2005-2006 en santé et services sociaux de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Et je me permets de prendre quelques propos à cet égard. Ainsi donc, le ministre disait ainsi: Dans la foulée de la présentation, le 21 avril dernier, du discours du budget et des dépenses pour 2005-2006, le ministre responsable

de la région de l'Abitibi-Témiscamingue a annoncé que la région voyait son budget en santé et services sociaux passer de 288,3 millions à 294,6 millions de dollars. Le ministre donc rappelait que le gouvernement a consacré 3 milliards de plus en trois ans au secteur de la santé et des services sociaux conformément à la priorité accordée à ce secteur et aux engagements pris envers la population par le Parti libéral alors en campagne électorale. Pour l'Abitibi-Témiscamingue, ceci représentait donc 6,3 millions de dollars de plus pour l'année 2005-2006.

Et le ministre continuait dans le communiqué: Après répartition des crédits budgétaires déposés à l'Assemblée nationale pour adoption au printemps, le budget régional des dépenses santé et services sociaux augmentera de 6,3 millions de dollars. À l'échelle du Québec, c'est une somme supplémentaire de 826 millions de dollars qui était donc injectée dans le secteur de la santé et des services sociaux.

● (22 h 20) ●

Pour l'Abitibi-Témiscamingue donc, le ministre poursuivait en disant: Outre le financement de l'évolution générale des coûts de système, les ajouts budgétaires pour la région de l'Abitibi seraient notamment affectés aux éléments suivants. Ainsi donc, les sommes de 6,3, il y avait 1,3 million de dollars pour couvrir les coûts de système spécifiques au secteur de la santé, par exemple les coûts relatifs à l'achat de médicaments pour les établissements ou encore les fournitures liées aux nouvelles technologies, et une somme de 1,4 million de dollars sur une base annuelle — je dis bien sur une base annuelle — pour le développement de nouveaux services à la population conformément aux priorités énoncées par le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation. Ces sommes pourraient être consacrées à de nouvelles initiatives dans le secteur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, au maintien à domicile, la santé mentale, la protection de la jeunesse et la réadaptation.

Ainsi donc, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, les budgets ont augmenté de plus de 12 % en trois ans, passant de 262 millions à 294,6 millions. Les sommes ajoutées, combinées à la réorganisation du réseau, entraînent déjà des retombées positives sur la qualité, l'accessibilité et la continuité des soins et des services.

Alors, c'est ça qu'on a compris, Mme la Présidente, au cours des deux premières années, trois budgets, mais en deux ans. Alors, moi, ce que je veux demander à M. le ministre, c'est: Comment ces investissements annoncés s'insèrent dans la politique d'équité interrégionale et dans la vision du gouvernement du Parti libéral du Québec?

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

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Pour l'Océanic, c'est une bonne nouvelle. On me dit qu'en arrière de nous il y a un représentant du ministère, M. Bolduc, qui est le père d'un des joueurs de l'Océanic. Alors, on ne fera pas la vague, mais on va le féliciter. Et également, sauf erreur, je crois que la ministre, Mme la ministre de l'Emploi, Solidarité sociale est également étroitement reliée à l'équipe de l'Océanic. Donc, on voit qu'on a des représentants de cette équipe très près de nous.

Maintenant, je remercie notre collègue le député de Rouyn-Noranda pour sa question. Effectivement, les budgets ont augmenté de façon considérable, de 12 %, passant de 262,3 à 294 millions. Le député a fort éloquemment décrit les investissements, qui sont considérables, hein, pour la région. Ils permettent de faire une différence dans la vie puis dans les services de santé et de services sociaux de cette région. Effectivement, on touche à l'équité interrégionale. Je dois dire que, dans ce domaine, l'Abitibi-Témiscamingue n'est pas dans la même situation que la Montérégie, par exemple, alors que la Montérégie est une région qui est considérée comme étant fortement en déficit de ressources sur la base des financements attendus. Je suis toujours très prudent quand je parle de ça parce qu'il n'y a personne qui est vraiment riche dans le réseau de la santé, tout est relatif et doit être comparé.

L'Abitibi-Témiscamingue est proche de l'équilibre. Proche de l'équilibre, ça veut dire que, si on compare les dépenses réelles et les dépenses attendues, si on applique le nouveau mode d'allocation, on est à peu près kif-kif, au même niveau. Donc, on peut dire qu'historiquement l'Abitibi-Témiscamingue a moins souffert de la reconduction historique des budgets qu'une région comme la Montérégie, Laurentides, Lanaudière. Et ça se comprend parce que les déviations de l'équité se sont faites dans les régions où il y a eu un déplacement massif de la population, où les infrastructures et les services n'ont pas suivi la variation de la population. Et c'est donc une chose qu'il faut souligner.

Je voudrais également prendre l'occasion, Mme la Présidente, pour féliciter notre collègue de l'éditorial paru dans *La Frontière*, le 25 mai 2005, à son sujet. Il y a beaucoup de commentaires très élogieux sur son action dans la région, et je pense qu'il faut le souligner, parce que je crois qu'on a l'occasion en politique de réaliser des choses pour nos concitoyens, et il y a beaucoup de réalisations, dans un court paragraphe, ici, que je pourrais citer. On dit que même un maire péquiste a eu des bons mots pour M. Bernard lorsque ce dernier a convaincu le ministère des Affaires municipales de réduire le coût du référendum. C'est le député qui a fait débloquent le financement du réseau Internet à large bande, qui a réussi à attirer le centre de gestion du régime québécois d'assurance parentale en Abitibi-Témiscamingue. Et on dit à la fin: «Le député Bernard n'est pas un politicien traditionnel.» Alors, est-ce qu'il s'agit d'un compliment? Je crois que oui et je voudrais le féliciter pour ses réalisations pour sa région. On parle aujourd'hui du système de santé, mais on voit que nos députés sont également actifs dans tous les domaines et représentent fort bien leurs concitoyens.

Donc, effectivement, l'Abitibi-Témiscamingue est une région qui a bénéficié, comme les autres régions du Québec, de l'augmentation du financement en santé. Sa situation est cependant différente des autres en ce qui a trait à l'équilibre de l'équité interrégionale, et on va continuer parce que ça démontre également que même les régions près de l'équilibre ou qui sont en surplus de ressources relatif ont eu également des ajouts budgétaires, ce qu'il est important de remarquer. Et je suis confiant que cette approche va continuer au cours des prochaines années et que la région va continuer à bénéficier non seulement des investissements en santé, mais également de l'action très constructive du député et de ses collègues.

La Présidente (Mme James): Merci. Mme la députée de Chambly, juste pour vous aviser qu'il reste seulement 1 min 30 s. Peut-être une brève question, et on pourra revenir au prochain bloc?

Mme Legault: Non, la question mérite un peu plus de temps. Alors, on va conclure...

La Présidente (Mme James): Alors, je vais céder la parole maintenant à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Construction des centres hospitaliers de l'Université de Montréal et de l'Université McGill

Mme Harel: Oui. Alors, merci, Mme la Présidente. J'aimerais que l'on aborde le dossier de la construction du CHUM et du CUSM. Il y a quelques jours à peine, les médias faisaient état de retards, notamment du retard à nommer le directeur exécutif du chantier. Je lis ceci, là: «Le gouvernement du Québec n'a pas nommé le directeur chargé de la gestion des travaux au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, au Centre universitaire de santé McGill et à l'Hôpital Sainte-Justine où des ouvrages majeurs sont aussi prévus.» Qu'est-ce qui explique le retard à nommer ces directeurs de chantier?

M. Couillard: Bien, d'abord, ça me fait toujours sourire lorsqu'on parle de retard, Mme la Présidente. Parce que je vais faire la même réponse que j'ai faite au journaliste qui me posait la question, j'ai dit: Sur quoi vous basez-vous pour qualifier ça de retard? Avez-vous un élément de comparaison? Est-ce qu'il y a déjà eu un projet de 3 milliards de santé sur trois sites au Québec sur lequel vous pourriez vous appuyer pour comparer le temps qu'on met à nommer le directeur exécutif? Évidemment, poser la question, c'est y répondre. La réponse, c'est non. Il n'y a pas de précédent. C'est un projet qui s'approche des 3 milliards. De prendre quelques semaines pour nommer la bonne personne, ça ne m'apparaît pas quelque chose de superflu. Au contraire, c'est particulièrement important, parce qu'on sait que, pour éviter des expériences aussi néfastes pour le Québec que l'ont été le métro de Laval et la Gaspésie en particulier, il est essentiel de se doter dès le début d'une structure de gestion de projet.

J'avais l'occasion, là, au cours des derniers jours, de discuter avec un ingénieur-conseil qui est expérimenté dans le domaine et qui m'expliquait que, dans la structure de ces grands projets là, tous les efforts d'ingénierie et de planning doivent être faits au début de la vie du projet et que ce sont ces efforts qui ont le plus de chances de donner des impacts en termes de contrôle des coûts à long terme. C'est là qu'on doit déployer le plus d'efforts d'encadrement et de divulgation transparente des coûts.

Alors, le nombre de personnes au Québec qui ont les capacités pour... et les accomplissements également démontrables de gestion de projets de cette envergure-là n'est pas énorme. Il n'y a pas beaucoup de personnes actuellement qui sont disponibles. Et on a des discussions très sérieuses avec certaines personnes qui sont des candidats, et je dirais que la nomination de cet éminent personnage est imminente, pour reprendre les termes

qu'on a utilisés un peu plus tôt dans notre commission parlementaire.

Ce qui n'empêche pas, il faut le dire, les travaux de continuer. Les travaux de décontamination de la cour Glen se poursuivent, sont actuellement en cours. Les analyses des plans fonctionnels et techniques du CUSM sont faites actuellement par la Corporation d'hébergement du Québec. Le plan fonctionnel et technique du CHUM est en train d'être complété par l'établissement. Les autorisations d'acquiescer les terrains pour le CHUM ont été données. Il s'agit de terrains sur lesquels il y avait une réserve immobilière, notamment celui où il y a l'immeuble Vidéotron, là — ceux qui sont familiers avec le quartier — au sud du site actuel de l'Hôpital Saint-Luc.

Et tout ça suit son cours, donc il n'y a aucun retard dans les projets, les projets continuent à cheminer normalement. Mais on veut, assez rapidement mais correctement, mettre en place la structure de gestion de projets qui va nous permettre d'amener la réalisation de ces importants projets de santé à l'intérieur des échéanciers et des budgets prévus. Et là il faut apprendre des erreurs précédentes. Il faut vraiment tirer parti de ce qui a été fait, et il n'y a qu'à étudier l'histoire de projets tels que le métro de Laval et la Gaspésie pour voir clairement quelles sont les erreurs à ne pas faire et à éviter. Parce qu'il y a également des grands chantiers au Québec qui ont été réalisés à l'intérieur des budgets et des échéanciers, le chantier Alouette, par exemple, ou le chantier des Aéroports de Montréal. Ce sont des très importants projets immobiliers de l'ordre de plusieurs centaines de millions de dollars, même dépassant le milliard de dollars, qui ont été effectués sans dépassement de coûts à l'intérieur des échéanciers prévus. Donc, ce n'est pas une règle qu'un gros projet immobilier doit nécessairement se traduire par le dépassement d'échéancier et du budget.

Et le profil recherché est également important pour la personne qui va occuper ce poste compte tenu du fait qu'au niveau de chaque établissement il y aura des gestionnaires de projets individuels et que les conseils d'administration et les communautés professionnelles des établissements vont continuer à être mis à contribution. Ce n'est pas véritablement d'un expert en santé dont on a besoin, c'est quelqu'un qui a un historique d'accomplissement de gestion de grands projets, projets d'envergure qui ont été amenés avec succès à l'intérieur des échéanciers et des budgets. Je répète que le nombre de personnes n'est pas immense au Québec qui ont cet historique personnel, et on a actuellement des conversations. Et je ne voudrais pas non plus divulguer les personnes avec lesquelles nous sommes en contact, mais le plus tôt possible, ce directeur sera nommé. Mais ça ne retarde en rien la progression des deux projets.

● (22 h 30) ●

Mme Harel: Alors, Mme la Présidente, je veux bien prêter foi, là, aux déclarations du ministre, mais je lis ceci: «La construction du nouveau CHUM au centre-ville ne commencera pas avant l'hiver prochain. Il y a quelques mois, la direction du centre hospitalier croyait pouvoir amorcer la construction dès l'automne, mais c'était sans compter les hésitations qui ont précédé le choix de l'emplacement.» Et on ajoute que «Québec n'a toujours pas nommé le directeur chargé de la gestion des travaux». Je comprends très bien que ces travaux préliminaires et préparatoires sont extrêmement importants.

Mais, pour qu'ils aient lieu sans bousculade, encore faut-il que le directeur exécutif du chantier soit nommé. Alors, la question est simple: Quand le ministre a-t-il l'intention... Est-ce lui d'abord qui le fait, ou est-ce que c'est le Conseil des ministres, ou est-ce que c'est le premier ministre, ou lui-même? Première question. Et deuxième question: Quand a-t-il l'intention de nommer le directeur exécutif du chantier?

M. Couillard: Alors, la personne sera nommée par le gouvernement en Conseil des ministres, le gouvernement au complet. Il sera sous l'autorité administrative du ministre de la santé et des services sociaux et aura toute latitude pour exécuter le mandat qui lui est confié. Les discussions vont bien. Moi, je considère qu'il n'y a aucun retard, on est dans les délais normaux pour un projet de cette envergure-là. Et je ne donnerai pas de date aujourd'hui, dès que ce sera possible on annoncera la nomination de la personne. Et je souhaite que les conversations débouchent le plus rapidement possible sur le choix d'une candidature, il n'y a pas de crainte à avoir de ce côté.

Puis j'ajoute que, parmi les réactions à l'annonce de confirmation des projets du CHUM, du CUSM et de Sainte-Justine — il ne faut pas oublier le troisième parce que c'est les trois ensemble qui font ce volumineux projet d'infrastructures de santé pour Montréal — parmi les réactions qu'on a notées des différents commentateurs, la réaction qui a été une des plus favorables a été justement celle qui faisait suite à l'annonce de ce mode de gestion qui justement vise à établir une différence entre ce qu'on a vécu au Québec dans certains chantiers et ce qu'on espère éviter. Sans en avoir jamais la certitude, mais au moins on a l'obligation de prendre tous les moyens possibles pour éviter que se reproduisent les expériences désagréables des dernières années. Donc, nomination par le gouvernement le plus tôt possible, mais, pendant ce temps-là, les travaux continuent sur tous les sites, Mme la Présidente.

Mme Harel: Alors, à quoi va servir le directeur exécutif du chantier si les travaux continuent comme si de rien n'était?

M. Couillard: Quand on parle de travaux, on parle de travaux préliminaires qui de toute façon ne seront pas modifiés. Si on fait la décontamination de la cour Glen, de toute façon il faut qu'elle se fasse. Alors, qu'il y ait ou pas de directeur exécutif, c'est certain qu'on ne suspendra pas la décontamination. Même chose pour l'acquisition des terrains sur lesquels il y avait des réserves, même chose pour l'analyse des plans fonctionnels et techniques, ça n'empêche pas de continuer à faire ça. Il y a des relevés archéologiques également qu'il va falloir faire autant... Je pense qu'ils sont faits à la cour Glen et qu'ils vont devoir être faits pour les terrains autour de la rue Viger qui sont potentiellement archéologiquement intéressants. Ce sont toutes sortes de démarches qui sont automatiques, nécessaires et qui de toute façon doivent être faites, que le directeur soit en place ou pas.

Maintenant, pour ce qui est des échéanciers, moi, vous remarquerez, Mme la Présidente, je n'ai jamais parlé des échéanciers de début. Ça, les échéanciers de début des travaux, c'est les établissements qui l'ont fait.

Moi, je préfère me concentrer sur les échéanciers de fin de travaux 2010-2011. Et on sait que, si on veut bien arriver à l'intérieur des échéanciers et des budgets, souvent il est nécessaire de prendre quelques mois de plus ou quelques semaines de plus pour faire l'ingénierie et le planning des projets correctement. Ce sont les efforts qui sont faits, encore une fois, à ce stade précoce d'évolution des dossiers et des projets qui ont le plus de chances de donner fruit. Et la pire chose qu'on pourrait faire, ce serait de trop se hâter, de «bypasser» ou de contourner ces étapes essentielles de développement de projets qui sont l'ingénierie et le design, parce que c'est sur là... comme on me le disait dans cette rencontre que j'avais, d'ailleurs fort intéressante, c'est sur la planche à dessin qu'on contrôle les coûts et non pas sur le chantier. Ça, c'est un point important dont il faut se souvenir, et c'est la raison pour laquelle ce directeur exécutif sera mis en place, aura pour mission de vraiment coordonner les activités.

Trois grands chantiers à Montréal en même temps ou de façon parallèle, c'est très important qu'ils soient coordonnés, qu'ils soient bien organisés. Ça s'est déjà fait, des projets de cette envergure-là, ailleurs, dans d'autres secteurs, et il n'y a pas de raison qu'au Québec on ne puisse pas le faire.

Mme Harel: M. le Président, vous me permettez une remarque suite à l'intervention de mon collègue le député de Rouyn-Noranda, que j'apprécie beaucoup, moi aussi. Alors, juste une remarque pour l'inviter à relire la plateforme électorale de son parti, du Parti libéral, en matière de santé qui s'intitulait *Partenaires pour la santé* et qui prévoyait... Il se satisfait du 3 milliards en trois ans que son gouvernement a mis à la santé, je dois lui rappeler que l'engagement du Parti libéral était à l'effet, sur deux ans, 2004-2005, 2005-2006... C'est le tableau, là, qu'on retrouve dans le document de la plateforme où on prévoyait l'équivalent de 5 milliards, 5 milliards de dollars auxquels son gouvernement s'était engagé sur deux années seulement. Alors, ça peut lui servir en fait de prendre connaissance de la plateforme électorale de son parti.

Fermeture de lits dans les hôpitaux

D'autre part, M. le Président, je comprends qu'un peu partout, disséminées à travers le Québec, il y a fermetures de lits d'hôpitaux. Bon. Sans faire de recherche exhaustive, là, on lit aujourd'hui, dépêche de Radio-Canada, *Faute de fonds, les hôpitaux de Hull et Gatineau ferment des lits*. Et on y lit ceci: «Les hôpitaux de Hull et de Gatineau ont commencé à fermer des lits qui avaient été ouverts dans un effort pour désengorger les urgences.» On ne parle pas de fermetures pour la période estivale, ça, c'est en plus, mais on nous indique que les hôpitaux doivent fermer 50 lits. Ça, c'est sans couvrir la période estivale. Ensuite, je lis ici, dans *Le Soleil*, *Services de santé au Bas-Saint-Laurent — 33 lits fermés, à Rivière-du-Loup*. Ensuite, on lisait, aujourd'hui, *Journal de Québec*, *Coupures de lits à l'Hôpital de La Pocatière*. «Il ne restera plus que 29 des 49 lits.» Alors, comment le ministre explique-t-il, là, ces fermetures de lits?

M. Couillard: Alors, ici, M. le Président, on mélange deux phénomènes, là. Il y a, dans les premiers

cas qui ont été cités, une pratique qui est courante, historique, qui a toujours été le cas dans le réseau de la santé, il y a des lits qui sont toujours ouverts pour la période hivernale pour affronter les épidémies d'influenza, qui sont ouverts de façon temporaire. Ça a toujours été le cas et ça continue d'être le cas.

Le cas de l'Hôpital La Pocatière est un cas différent parce que, là, on est dans l'optique de la réorganisation des services. J'ai eu l'occasion moi-même de visiter cet hôpital-là et je vois très bien qu'il est nécessaire que ces services-là soient fortement réorganisés, particulièrement pour la question des soins de longue durée parce que les services sont organisés uniquement ou presque uniquement sur une base hospitalière.

Maintenant, ça ne veut pas dire que l'agence va autoriser le chiffre qui est mentionné dans les journaux, là, il est possible que le chiffre réel de fermeture de lits soit moins élevé. Mais il est certain que, si on visite l'hôpital aujourd'hui, à La Pocatière — on pourrait y aller demain, tiens, s'il fait beau, on pourrait faire une promenade avec un pique-nique puis aller dans le Bas-Saint-Laurent, je suis certain que ce serait agréable, peut-être mieux que la période de questions — on pourrait aller là et on constaterait que l'hôpital est beaucoup occupé par des personnes âgées qui normalement pourraient être dans la communauté, soit à domicile soit dans d'autres milieux d'hébergement.

Mais chose certaine, le chiffre définitif des lits n'est pas arrêté. C'est dans le but d'améliorer les services, de réorganiser les services, et il n'y a personne qui va perdre son emploi, là, dans cet hôpital-là. On aura besoin de tout le monde à l'intérieur du centre de santé et de services sociaux. Et non seulement il n'y aura pas moins de services pour la population, il risque d'y en avoir plus, des services mieux adaptés à la population et à leurs besoins compte tenu de la pyramide et de... je veux dire, de la répartition démographique de cette région-là.

Et c'est tout à fait normal que ces travaux-là soient en cours, on les salue. Cependant, il faut rassurer la population, ce n'est en rien lié à des coupures budgétaires, parce que, nous, contrairement à ce qui s'est passé dans les dernières années, on investit en santé, c'est dans le but de réorganiser les services, de les diriger différemment et de faire en sorte que les personnes soient à l'endroit le plus approprié pour leur condition. Je répète que les services ne sont pas menacés. Au contraire, ils vont probablement s'améliorer. Et je répète qu'il n'y a pas d'emplois qui sont menacés non plus pour le personnel qui est en place.

Mme Harel: M. le Président, encore une fois, grâce à l'accès à l'information, nous avons obtenu les lits fermés à durée indéterminée par manque de ressources pour la région Montréal-Centre. Alors, c'est suite à une demande d'accès à l'information à l'agence régionale que nous avons reçu ce tableau où c'est indiqué: Lits au permis courte durée; lits fermés, durée indéterminée, manque de ressources; et lits disponibles.

Alors, pour l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Saint-Luc, il y a un total de 52 lits fermés suite à un manque de ressources. Et, pour le Centre universitaire de McGill, le Royal Vic, le General de Montréal et l'Institut neurologique, c'est un total de 203 lits fermés, faute de ressources. Comment le ministre explique-t-il cela?

● (22 h 40) ●

M. Couillard: Il faut être prudent. D'ailleurs, tantôt, on a eu l'occasion de regarder les papiers de demande d'accès à l'information, je pense que mon collègue le député de Saint-Jean tantôt va le commenter, il faut être prudent un peu dans l'analyse des données et des documents. Les lits qui sont fermés par manque de ressources, il faut faire attention, on ne parle pas nécessairement de ressources financières, parce que les budgets ont augmenté partout, on peut parler de ressources humaines également. Et on connaît la situation de pénurie de personnel qu'on a, les infirmières en particulier. Il y a des salles d'opération qui ne sont pas utilisées actuellement, partout au Québec, pas par manque de budget, parce qu'on n'a pas le personnel pour les utiliser. Alors, quand on dit «ressources», on réunit sous ce vocable non seulement les ressources financières, mais également les ressources humaines, le personnel. Alors, ce qu'il faudrait faire, c'est vérifier avec les établissements en question quelle est la partie des lits qui sont des lits temporairement ouverts, comme c'est le cas chaque année pour affronter la période hivernale, puis quels sont les lits qui ne peuvent être ouverts par manque de ressources humaines, et là on aurait une vision plus approfondie et plus réaliste, plus réelle de la question.

Mais il faut rappeler qu'il n'y a pas de coupures budgétaires, tous les hôpitaux et toutes les régions voient leurs budgets augmenter de façon significative. Et ça a eu comme résultat d'améliorer d'ailleurs les services à la population parce que, dans la plupart des établissements de Montréal, on a actuellement des résultats très intéressants, qui se maintiennent d'ailleurs, sur les taux d'engorgement et les indicateurs des grandes urgences de Montréal.

Mme Harel: M. le Président, je suis vraiment surprise de la réponse du ministre, puisqu'au total, sur Montréal, quand on additionne les lits fermés dans les deux grands centres universitaires que je viens de mentionner plus tous les autres dans les différents hôpitaux, Sacré-Coeur, Institut de cardiologie, Santa Cabrini et autres, c'est un total de 514 lits fermés pour un manque de ressources. Et, à ce que je sache, je me réfère à l'Ordre des infirmières qui encore récemment réclamait qu'il y ait embauche de toutes les infirmières diplômées finissantes, dont certaines ne trouvent pas à se faire embaucher. Et l'ordre rappelait que, d'ici quelques années à peine, 2008, il y aurait un départ massif, là, à cause de l'âge de la retraite et que le ministre aurait intérêt à convenir de la nécessité d'embaucher les diplômées des niveaux collégial et universitaire pour s'assurer qu'elles s'intègrent au réseau avant que ce départ massif n'ait lieu. Alors, je ne sache pas qu'il y ait une pénurie d'infirmières présentement, pas dans la région de Montréal du moins. Ce n'est pas que moi qui le dis, là, je pense que l'Ordre des infirmiers et infirmières rappelait au ministre la nécessité de donner suite à l'embauche des diplômées.

M. Couillard: Bien, je ne connais pas d'infirmières finissantes qui ont de la difficulté à se trouver d'emploi au Québec. En fait, elles ont plutôt le choix entre deux, trois, quatre ou cinq établissements de santé pour exercer leur profession, puis c'est le résultat justement du fait qu'on est en difficulté.

Pour l'avenir, il faut être prudent également avec les chiffres. La Cité de la santé, je me souviens, il y a quelques semaines, disait qu'il manque des infirmières dans leur établissement et que ce n'est pas par manque d'argent, c'est parce qu'ils n'ont simplement pas de candidats qui font application sur les postes qui sont affichés. Il y a un phénomène, là, qui est intéressant d'ailleurs à analyser.

Pour l'avenir, à plus moyen et plus long terme, il faut faire attention, on ne peut pas continuer non plus à organiser le travail comme on le fait actuellement, parce que les chiffres qui ont été publiés récemment, par l'Ordre des infirmières notamment, sur les pénuries appréhendées d'infirmières lors des prises de retraite qui sont liées à la structure démographique de la profession sont des chiffres qu'il est impossible de compenser, là. Alors, il faut maintenant, comme je l'ai dit à plusieurs reprises, repenser la façon dont on fonctionne, dont on organise et qu'on répartit le travail entre la profession infirmière et d'autres professions de la santé, comme notamment les infirmières auxiliaires, les préposés, et également le partage des tâches spécialisées avec les médecins. Mais je ne crois pas qu'il y ait aucune infirmière, là, qui ait de la difficulté à se trouver de l'emploi au Québec. Si c'est le cas, j'aimerais bien qu'on m'indique où elles se situent parce qu'on a certainement de nombreux postes à leur suggérer partout, et notamment à Montréal.

Mme Harel: M. le Président, je voudrais faire de la prévention, tout de suite indiquer qu'un PTI, là, c'est public. Un PTI, là, c'est un plan triennal d'immobilisations, là, on ne met pas ça confidentiel dans un mémoire au Conseil des ministres. Ça a toujours été public, un plan triennal d'immobilisations. Je ne sais pas ce qu'en interprétera le député de Saint-Jean, mais j'aime autant faire de la prévention étant donné la remarque que le ministre a faite il y a quelques minutes.

Services de santé et services sociaux dans la région de la Petite-Nation

Bon. M. le Président, j'aimerais aborder avec le ministre la question de la Petite-Nation. Vous connaissez sans doute le Collectif Vigilance Petite-Nation qui compte déjà 600 membres. J'ai eu l'occasion d'en rencontrer ses principaux porte-parole, et ils considèrent que la population du territoire de la Petite-Nation est aux prises avec un problème très grave en ce qui concerne ses services médicaux. Et donc leur demande au ministre — ça lui a été adressé dès janvier dernier et à quelques reprises par la suite — c'est d'abord de reconnaître que les lieux physiques du CLSC de la Petite-Nation sont désuets. Le Collectif Vigilance Petite-Nation a déposé une proposition d'amélioration des lieux au député du comté, notre collègue le député de Papineau, de même qu'à l'agence régionale, qu'au Centre de santé de Papineau. Ce projet, dit-on, peut être réalisé à partir de l'avoir propre du CLSC, d'une contribution de la fondation et d'une participation de l'agence régionale. Il pourrait donc se réaliser à court terme et en région. Mais le collectif de la Petite-Nation insiste vivement, là, je dirais, sur les promesses qui leur ont été faites au moment de la fusion des établissements.

Alors, ces promesses, je les rappelle: la mise en place d'un comité de suivi pour monitorer, disent-ils, le regroupement, qui en fait a eu lieu, comité de suivi qui

n'est pas encore mis sur pied un an après; le rehaussement du niveau de services au CLSC de Saint-André-Avellin, qui se fait toujours attendre. Comme exemple, cite le collectif de la Petite-Nation, au CLSC de Saint-André, l'urgence médicale n'est toujours ouverte que cinq jours-semaine et seulement sept heures par jour, en rappelant que le statut de l'urgence n'est toujours pas défini. Et ils protestent contre le fait que l'agence a diminué le nombre de médecins prévu au plan des effectifs médicaux, et ils sont extrêmement déçus que la promesse que des médecins de Buckingham viennent travailler à Saint-André n'a pas été respectée.

Alors, le Collectif Vigilance Petite-Nation rappelle la nécessité d'une approche respectueuse de la population, qui exige une prise en charge locale dans une approche rurale. Et là ils font valoir des spécificités en fait inquiétantes. Je pense, entre autres, aux problèmes de santé mentale, aux suicides qui se sont produits et qui ont alerté en fait la population, et puis ce qu'ils considèrent être une contradiction flagrante entre la politique de la ruralité et la fusion forcée qui s'est produite entre une population à vocation rurale et une population urbaine.

Alors, ils exigent à nouveau que, de la même manière que cela fut retenu dans Argenteuil, de la même manière que cela fut retenu également à Saint-Eustache, dans le comté Deux-Montagnes, de la même manière que cela fut retenu pour le territoire de Sainte-Adèle, dans le comté de notre collègue de Bertrand, ils demandent que soit reconnue leur spécificité et que leur établissement de santé desserve la population sans qu'il soit subordonné aux intérêts de Buckingham.

M. Couillard: Alors, nous n'adoptons plus cette logique d'établissement, M. le Président, nous adoptons une logique de territoire et de population. L'établissement et l'installation dont il est question fait partie d'un centre de santé et de services sociaux dont fait partie également l'Hôpital de Buckingham. Et ce qui est véhiculé comme demande par le collectif de la Petite-Nation est très familier, puisque mon collègue le député de Papineau m'en a fait mention à plusieurs reprises. Et un des problèmes importants qui se trouvent dans cette région-là, c'est le problème de la pénurie des médecins, et on sait quelles sont les causes de cet état de situation. Nous avons fait des efforts importants. On a réussi en particulier à attirer deux médecins étrangers pour s'installer au cours des prochains mois dans la Petite-Nation de façon à améliorer le niveau de service de cette région-là.

• (22 h 50) •

Le projet de rénovation du CLSC, on m'en a parlé. Il s'agit d'un projet de niveau régional, et il faut qu'il soit priorisé au niveau régional et exécuté en conséquence. Et, moi, ce que je voudrais donner comme message aux gens du collectif, c'est qu'on reconnaît leurs efforts et leur dévouement — je les ai rencontrés d'ailleurs dans une de mes visites en région — mais on voudrait qu'ils s'inscrivent avec nous dans la nouvelle philosophie, dans le nouveau mode de gestion, qu'ils participent avec nous à cet excitant projet qu'est la mise sur pied d'un projet clinique et organisationnel qui corresponde aux besoins de la population, qu'ils s'engagent avec les gens de Buckingham pour collaborer avec eux et s'intégrer d'une façon complète et concrète, comme ça a été le cas partout ailleurs au Québec, comme c'est le cas actuellement

ailleurs au Québec également. Et c'est là que l'avenir se situe, pas en se repliant sur soi et en continuant cette logique d'installation ou d'établissement à laquelle il faut résolument tourner le dos, ce que nous allons faire et ce que nous avons commencé à faire déjà depuis quelques mois.

Alors, là-dedans, ils vont trouver en nous des partenaires très actifs et très impliqués. On va certainement faire tout en notre pouvoir pour augmenter le recrutement médical dans cette région-là, pour l'Outaouais bien sûr en général et pour le centre de santé et de services sociaux dont il est question aujourd'hui, mais toujours dans la même optique et dans la nouvelle culture, le nouveau type d'organisation que nous avons adopté pour l'ensemble du Québec. Et la population de cette région a autant le droit d'avoir des services intégrés et continus que celles du reste de la population du Québec où les projets sont actuellement en cours.

Je rappelle pour information également que l'Outaouais, lors des mises à la retraite, a perdu 32 médecins. Alors, il s'agit d'une perte importante. Certains d'entre eux seraient peut-être encore actifs. Bien sûr, plus les années passent, plus on peut douter de cette question-là compte tenu de l'âge auquel ils ont décidé de se retirer de la pratique, mais ça a eu un effet important. Il y a la proximité... On sait que c'est une région qui a un défi considérable parce qu'elle est à proximité d'une grande zone urbaine, qui est la zone d'Ottawa, et de certains hôpitaux ontariens. D'ailleurs, je voudrais qu'on mette moins d'efforts à faire des partenariats avec les hôpitaux ontariens et qu'on mette plus d'efforts à faire des partenariats avec les gens du territoire, et notamment l'Hôpital de Buckingham. Et c'est dans cette direction-là que, nous, on va aller, et tant mieux si les gens du collectif veulent s'inscrire avec nous dans cette logique-là. Ils vont trouver encore une fois avec nous des collaborateurs de tous les instants, et notamment, avec le député de Papineau, on va aller de l'avant et on va continuer à faire des efforts pour recruter des médecins et développer une offre de services qui soit complète, intégrée pour la population de cette région.

Mme Harel: M. le Président, c'est faire injure au Collectif Vigilance Petite-Nation que de leur imputer une logique d'établissement. Je rappelle que, sur ce territoire, il y a eu intégration de services depuis plusieurs années, avant que le ministre n'impose son modèle à tout le Québec. Il y a eu fusion d'établissements et il y a là une logique d'approche populationnelle. Il faut les entendre pour comprendre à quel point leur approche est populationnelle, et ils veulent que soit prise en considération la réalité de leur population qui est une réalité rurale, différente de la réalité urbaine.

M. Couillard: Mais ce n'est pas aux gens du collectif que je m'adressais mais à la députée. Chaque fois qu'on ramène ce genre de question là, on essaie de nous ramener en arrière ou on essaie de protéger telle installation ou tel établissement par opposition à une vision beaucoup plus large qui est celle que nous avons, qui n'a pas été d'ailleurs la même... qui n'a pas été uniforme partout au Québec. La députée elle-même a cité des exemples où les réalisations et les mises en place des réseaux d'établissements se sont faites de façon différente.

Alors, tout ce qu'on demande, c'est que les gens de la région s'inscrivent également — et beaucoup le font, en passant, ce n'est pas toute la communauté qui a ces objections — dans notre projet, dans le projet de la région, dans la direction d'une intégration réelle des services. Et il y a tout intérêt, il y a tout intérêt pour les citoyens de la Petite-Nation d'établir des liens très, très actifs, très rapprochés avec les gens de Buckingham. Il n'y a aucune raison de ne pas le faire. Qu'on me donne une raison de ne pas le faire. C'est au contraire pour le bénéfice de la population qu'on doit faire ça, et encore une fois on va être là pour accompagner les gens de la région dans la réalisation de cet objectif.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: Merci, M. le Président. Avant de poser ma question au ministre, permettez-moi un peu de revenir avec les dépôts de documents sur lesquels je vous ai interpellé tantôt. Bien, pour moi, c'est important comme parlementaire, M. le Président, parce que je vous ai demandé des informations là-dessus tantôt, vous m'avez dit: Vous allez recevoir dans quelques instants les documents. Je fais faire des photocopies, vous allez pouvoir juger par vous-même de la pertinence de ces documents.

Et qu'est-ce que j'en comprends, M. le Président, c'est que... Tantôt, la députée d'Hochelaga-Maisonneuve a posé une question au niveau d'un plan triennal au ministre et elle a dit qu'il n'y avait pas de plan triennal. Le ministre a répondu que oui, il y en avait un. Elle a répondu que non. Ça a été toute une interpellation. Elle a dit qu'elle avait fait une demande à l'accès à l'information à savoir s'il y avait un plan triennal et qu'on lui avait répondu que non. Le ministre a été excessivement surpris de ça, parce qu'il a dit: J'en ai un, plan triennal, et c'est officiel. On lui a demandé... Le ministre lui a demandé à quelle date, quand est-ce qu'elle a fait cette demande-là. Peut-être que ça faisait longtemps et qu'ils n'avaient pas les documents. Elle a dit — ou bien j'ai mal entendu: Au début de mai. Et je ne pense pas avoir mal entendu. Tantôt, j'ai mentionné que j'avais probablement mal entendu et j'ai rendu hommage à la députée d'Hochelaga qui essayait de m'expliquer comment c'est que ça fonctionnait.

Mais en regardant les documents... Et, moi, ça m'interpelle beaucoup, M. le Président, beaucoup, beaucoup, comme jeune parlementaire d'avoir une information qui n'est pas exacte ou en tout cas que je ne comprends pas exacte à l'effet qu'on fait une demande à l'accès à l'information, puis supposément on répond qu'il n'y a pas de document, puis ce n'est pas ça qu'on a répondu, M. le Président. Pour moi, c'est d'une importance capitale parce que je prends mon rôle très, très au sérieux. Puis je suis convaincu que ma consœur députée d'Hochelaga-Maisonneuve aussi, mais j'ai de la misère à comprendre de sa part... une députée chevronnée, avec beaucoup d'expérience, pour qui j'ai de l'admiration, M. le Président, et je le dis, agisse de cette façon-là au niveau de documents très importants lorsqu'on parle de crédits de la santé. Et on sait que c'est une priorité au Québec, la santé. J'ai de la misère avec ça. Simplement mentionner ça, M. le Président, et j'espère qu'à l'avenir des choses comme ça n'arriveront plus.

Mme Harel: M. le Président, là, question de règlement. Qu'est-ce que c'est que le député veut insinuer, là? Le député veut-il insinuer qu'il y en a un, plan triennal d'immobilisations? Nous l'avons appris ce soir, M. le Président, parce qu'à la demande que nous avons faite on nous a répondu: «L'accès aux documents répondant à cette partie de votre demande d'accès vous est refusé. Il s'agit d'un mémoire au Conseil des ministres, il s'agit d'orientations et priorités en matière d'investissement public, Décision du Conseil du trésor.» Ça, M. le Président, ça s'appelle un mémoire au Conseil des ministres, ça s'appelle un C.T., si le député veut qu'on soit pédagogique, là, mais ça ne s'appelle pas un PTI. Un PTI, un plan triennal d'immobilisations, c'est public, ce n'est pas inscrit dans un mémoire confidentiel.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. Allez-y, M. le député de Saint-Jean, poursuivez, s'il vous plaît.

M. Paquin: Merci, M. le Président. Bien, justement je vois que la députée persiste dans son intervention. Ce n'est pas ça que je dis puis ce n'est pas ça que j'ai dit — je pense que, là, les galées sont là — ce que je dis, c'est qu'elle a mentionné qu'il y avait un document en date du début de mai et que, moi, ça me choque d'entendre ça, qu'ils lui ont dit... Les galées sont là, M. le Président, et elle mentionne qu'il n'y avait pas de plan triennal de la part de l'accès à l'information quand ce n'est pas ça qu'on dit. Et tout le monde a la copie des documents. C'est simplement ça que je dis. Moi, ça me choque d'entendre ça d'une députée chevronnée, des choses qui ne sont pas telles que je les ai entendues. Et, si j'ai mal entendu, là, je vais retirer mes paroles. On va vérifier demain. Pour moi, c'est important. Peut-être, pour d'autres, pas, mais, pour moi, c'est très important, parce que, je vous dis, c'est sérieux, les choses qui peuvent se dire ici. En tout cas, moi, quand je dis des choses, j'essaie de les dire le plus sérieusement possible. Et je n'ai pas d'autres choses à rajouter, M. le Président. Si vous permettez, je vais poser une question au ministre maintenant.

Le Président (M. Copeman): C'est une excellente idée.

Mme Harel: Question de règlement, M. le Président. Question de règlement.

Le Président (M. Copeman): Madame...

Mme Harel: Je ne comprends pas ce qui choque le député...

Le Président (M. Copeman): Oui, mais ce n'est pas une question de règlement.

Mme Harel: ...parce que la chronologie...

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

Mme Harel: Qu'est-ce qui choque le député?

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

Mme Harel: Mais, M. le... Non, M. le Président, il ne peut pas...

Le Président (M. Copeman): Non, non, non, c'est assez. C'est assez.

Mme Harel: Non. Non...

Le Président (M. Copeman): Nous ne sommes pas en période de questions. Si la députée veut savoir qu'est-ce qui choque, je suggère qu'elle prenne rendez-vous avec le député de Saint-Jean après minuit si elle veut, mais entre-temps nous allons poursuivre le dialogue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député de Saint-Jean, je vous prie de poser une question au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Paquin: Je suis parfaitement d'accord, M. le Président, avec vous. Je veux juste mentionner que...

Des voix: ...

M. Paquin: Non, mais c'est que le souper, M. le Président... je ne voudrais pas que ce soit ce soir parce que je suis un peu fatigué puis je pense que la députée d'Hochelaga aussi.

Réorganisation du service Info-Santé

Donc, ma question au ministre. M. le ministre, on constate tous avec beaucoup d'intérêt, tout avec beaucoup d'intérêt que... même l'opposition constate ça, ils nous en font part régulièrement, que vous travaillez très, très fort, que vous réussissez très bien et que vous avez à cœur de régler les problèmes de santé au Québec, entre autres de désengorger les urgences par toutes sortes de moyens, en améliorant le système de cliniques privées, etc.

• (23 heures) •

Mais je voudrais vous aborder un peu le sujet d'Info-Santé, la ligne téléphonique Info-Santé. Je crois qu'il y a des améliorations que vous voulez apporter à ce niveau-là. On sait que la ligne Info-Santé, souvent elle règle des problèmes. Et justement on parlait de prévention tantôt, la députée d'Hochelaga et moi, bien je pense que c'est un genre de prévention qui a été profitable et qui évite aussi des frais majeurs aux contribuables du Québec.

Le Président (M. Copeman): Je sais que vous ne pouvez vraiment pas comprendre tout ce qui se passe, M. le ministre, mais la parole est maintenant à vous.

M. Couillard: Je ne comprends pas, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Moi non plus d'ailleurs, allez-y.

M. Couillard: Mais il y a quand même des bonnes nouvelles. Je veux juste conclure sur la question de cette demande à l'accès. Je vois la réponse du 10 mai. On annonce une réponse au plus tard le 26 mai. C'est très bientôt. Donc, réjouissons-nous.

Mme Harel: ...verbalement le contentieux du ministère pour dire qu'il n'y en avait pas, de plan triennal.

M. Couillard: En tout cas, il y a une réponse qui est attendue... La réponse est dans la malle, comme on dit, là.

Mme Harel: Qu'on ait deux fois à faire des demandes d'accès, qu'on nous appelle, le contentieux du ministère, pour dire qu'il n'y en avait pas.

Le Président (M. Copeman): Chère collègue, vous... Mme la députée, vous n'avez pas la parole, vous n'avez pas la parole.

Mme Harel: Je ne trouve pas ça drôle.

Le Président (M. Copeman): Non, mais vous n'avez pas la parole. Alors, on respire, préférablement par le nez, et nous poursuivons.

M. Couillard: C'est vrai, M. le Président, ce n'est pas drôle. On va parler d'Info-Santé. Alors, effectivement, Info-Santé, c'est un service intéressant qui existe depuis 1984 et qui est déployé provincialement depuis le cadre de référence de 1994, et sept régions y joignent un volet psychosocial, ce qui est important. Il y a un bon côté à Info-Santé puis il y a un côté qui est moins satisfaisant, et comme d'habitude on va travailler sur le côté moins satisfaisant pour améliorer les services.

Il y a un nombre important d'appels qui sont traités. C'est 2,5 millions d'appels en 2003-2004, et 95 % des gens qui ont affaire à Info-Santé s'en déclarent satisfaits. Ils disent que le soutien d'Info-Santé a été utile pour résoudre le problème qui était présenté. Cependant, il y a des indicateurs qui sont inquiétants en termes de saturation du système. Le volume d'appels demeure constant. La proportion des appels traités en moins de quatre minutes est en diminution et la perte d'appels augmente. Je pense que c'est autour de 24 %, 23 % à 24 % de taux de perte d'appels actuellement à Info-Santé. On peut faire beaucoup mieux et on doit faire mieux.

Alors, on a mis en place, en juin 2004, un groupe de travail, sous la présidence de la sous-ministre adjointe à la planification stratégique, pour revoir le rôle et l'organisation des services Info-Santé et surtout dans la volonté de mieux répondre aux besoins de la population. C'est un service très important, Info-Santé, que d'ailleurs d'autres provinces canadiennes ont mis en place, ou l'équivalent, qui donne des résultats très importants en termes de satisfaction des gens, en termes d'information et de prise de contrôle sur la santé. Également, ça a des impacts démontrables sur les visites à la salle d'urgence. Il y a plusieurs endroits où les études ont montré que ce type de service d'information a comme résultat de diminuer le recours aux ressources hospitalières, par exemple.

Alors, les orientations qui sont considérées actuellement sont les suivantes, et on va les préciser assez prochainement, dans le cadre d'une annonce plus formelle: d'abord, offrir le service avec un accès utilisant un numéro unique national ou régional; mettre en place un service d'intervention téléphonique pour des besoins de nature psychosociale; mettre en place un service de pharmacien en deuxième ligne, l'Info-Médicaments, dont on parle beaucoup dans la politique du médicament; potentialiser et améliorer l'accès pour la clientèle de langue anglaise, avec le projet du Fonds d'adaptation

des soins de santé primaires, par la distribution des appels vers des infirmières bilingues et rendre accessible un service de traduction aux autres communautés culturelles; soutenir le mandat des centres de santé et de services sociaux en offrant une réponse téléphonique particulièrement aux clientèles les plus vulnérables et les clientèles inscrites au soutien à domicile, les groupes de médecine de famille par exemple; soutenir les actions de santé publique et de sécurité civile dans des situations d'urgence telles que les pandémies, comme le SRAS, par exemple, ou le virus du Nil occidental; proposer des modalités d'organisation du travail qui favorisent le recrutement et la rétention du personnel infirmier et les intervenants sociaux; regrouper les services sur une base régionale et améliorer l'efficacité en utilisant une distribution optimale des appels par un réseautage téléphonique provincial; et soutenir l'efficacité du travail par des systèmes d'information performants qui sont reliés entre eux et à la téléphonie.

Alors, les constats préliminaires ont été discutés. Ils sont en cours. Le rapport final a été discuté également au comité directeur et aux niveaux les plus élevés du ministère, et on devrait être en mesure bientôt de présenter le nouveau modèle proposé d'organisation d'Info-Santé et Info-Social à laquelle on veut ajouter également le versant médicament. Je crois qu'il y aura lieu, là, de se réjouir de l'amélioration de ce service-là qui fait partie des services à la population. Ce n'est pas un service auxiliaire ou accessoire, c'est un service très important pour améliorer l'offre de services et donner également plus d'information aux citoyens sur leur santé et la façon eux-mêmes d'intervenir à domicile, dans certaines situations, et également à moyen terme de moins utiliser des ressources lourdes comme le centre hospitalier.

M. Paquin: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): C'est moi qui vous remercie, M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: Bienvenue, d'abord, M. le Président.

Mme Harel: M. le Président, j'aimerais obtenir le dépôt, par le ministre, de son plan triennal d'immobilisations. On a déposé la correspondance, il devait déposer son PTI, on l'attend encore.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, nous sommes toujours sur le temps du groupe parlementaire ministériel. Il va vous rester du temps, vous pouvez réitérer votre demande à un moment ultérieur. Mme la députée de Chambly.

Prévention des grossesses précoces

Mme Legault: Merci, M. le Président. La semaine dernière, lors de l'étude des crédits, on a abordé assez rapidement la question des grossesses chez les adolescentes. Et, bon, vous nous avez dit qu'il y avait un plan national de santé publique, là, 2003-2012 qui abordait la question, mais est-ce qu'on peut avoir un peu plus de détails, ce soir, sur les actions, là, qui sont mises de l'avant? Et puis voir aussi s'il y a des actions, là, qui varient selon les régions, ou il y a possiblement les

investissements aussi là qui sont attachés aux mesures qu'on...

M. Couillard: Alors, M. le Président, il s'agit... Comme je l'avais mentionné, l'autre jour, à une question, je pense, de la députée de Terrebonne, je ne me souviens plus, je pense que oui, hein, qui abordait la question, beaucoup des actions qui ont rapport avec cette question de la prévention des grossesses précoces chez les adolescentes sont contenues dans le Programme de santé publique 2003-2012. Et on propose — il y a des objectifs — on propose de réduire de façon importante le taux de grossesse chez les adolescentes.

Alors, en prévention, il y a les cliniques jeunesse qui sont prévues dans les plans régionaux de santé publique dans près de la quasi-totalité des régions; des crédits additionnels de 8,5 millions de dollars en deux ans, en CSS, pour accroître les services à la jeunesse; un projet d'écoles en santé, 4 millions pour 2004-2005, qui inclut les services préventifs pour les jeunes d'âge scolaire dont la question des grossesses précoces; les activités en lien avec l'éducation et la sexualité; production d'un document, diffusion d'un magazine, production d'outils de sensibilisation.

Par exemple, également, il faut mentionner l'entente obtenue pour assurer la gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale en urgence. On sait que ça a été annoncé il y a quelque temps. C'est des investissements assez considérables. Les résultats sont déjà disponibles, en 2004, pour ce programme-là. 33 450 services, c'est quand même très important, 33 450 services ont été payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, ce qui dépasse largement la prévision de 20 000 qui avait été faite au début du programme. Donc, la demande a dépassé de loin ce qui avait été prévu, et il y a plus de un demi-million de dollars qui a été consacré par la Régie de l'assurance maladie du Québec à ce programme-là, et 27 200 femmes ont profité du programme.

Il y a également le soutien d'une étude exploratoire sur la grossesse et la contraception chez les jeunes filles de la rue; la formation sur la prévention des grossesses auprès des jeunes en centre jeunesse; il y a également 2,7 millions de dollars récurrents pour rendre accessibles les services d'interruption volontaire de la grossesse de premier trimestre dans toutes les régions du Québec et de deuxième et troisième trimestre à Québec, Sherbrooke et Montréal; soutien au Collège des médecins pour révision des lignes directrices sur ses procédures, avec la formation qui est financée; l'évaluation du programme afin de le bonifier; et la collaboration avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale afin d'offrir une aide financière aux adolescentes enceintes en situation précaire; et effectivement adoption prévue à la fin 2005.

Ce n'est pas vraiment un plan d'action mais un condensé de toutes les actions et les politiques qui existent, qui seront publiées et qui seront bien sûr intégrées... qui sont déjà intégrées au Programme national de santé publique. On veut éviter de faire une duplication, là, des actions. Il y a beaucoup de ces actions-là qui sont déjà inscrites au Programme national de santé publique, et on voit qu'elles sont en place. Alors, on en fera, je dirais, un recensement et on les publiera sous forme d'orientations ministérielles, mais des actions sont déjà en cours. Et je

pense qu'il faut noter particulièrement la question de la contraception orale d'urgence qui a été, je pense... qui de toute évidence correspondait à un besoin important, là, au niveau de notre population, surtout des jeunes.

Mme Legault: Merci. La députée de Maskinongé...

• (23 h 10) •

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

Orientations en matière de prévention en santé

Mme Gaudet: Merci, M. le Président. M. le ministre, je cherchais les budgets alloués aux activités de prévention, et ce que j'ai trouvé, c'est qu'il y avait des budgets alloués à la prévention en 2002-2003. Mais depuis vous avez mis en place un Programme national de santé publique 2003-2012, vous venez d'en parler en ce qui concerne les grossesses chez les adolescentes. J'aimerais savoir qu'est-ce que cette façon de faire, avec l'élaboration des plans régionaux, des plans d'action régionaux pour chacune des régions du Québec, bien évidemment, qu'est-ce que cette façon de faire, au niveau du Programme national de santé publique, apporte de différent par rapport aux façons de faire antérieures?

M. Couillard: Bien, M. le Président, en prévention et protection de la santé, il y a des sommes importantes qui ont été investies depuis 2003-2004, soit respectivement 20, 25 et 27 millions, dont 11 millions non récurrents pour l'achat d'antiviraux, on en a parlé ce matin, dans le contexte de la préparation à une pandémie de grippe aviaire éventuelle ou d'influenza avec une souche mutante qui serait plus mortelle. Donc, 72 millions cumulatifs sur trois ans, c'est quand même important comme investissement. Il y a une partie de ces sommes qui sont destinées à l'immunisation des enfants. On sait que le programme d'immunisation augmente. Il a augmenté l'année dernière, avec l'ajout du vaccin pour le...

Une voix: Pneumocoque.

M. Couillard: ...le pneumocoque — ça m'échappait — et devrait continuer à augmenter au cours de l'année, en termes de spectre d'immunisation. Il y a également toute la protection contre le virus du Nil occidental qui, chaque année, occupe une grande partie des ressources. Mais on voit que l'activité, comme je le mentionnais ce matin, l'activité du virus du Nil semble décroître en Amérique du Nord. On va la surveiller de près cette année, et, l'an prochain, il sera peut-être possible de rediriger certaines de ces sommes dans les actions de promotion de la santé dans le cadre du programme national.

Alors, il s'agit... Et là-dessus j'ai souvent reconnu la contribution du gouvernement précédent, dans la mise sur pied des organisations de santé publique, autant l'Institut national que la mise sur pied de ce programme. Il s'agit d'un ensemble d'interventions et de services préventifs qui sont d'abord reconnus efficaces, parce qu'il y a de la science en prévention et en promotion également, qui sont bien structurés, qui sont accessibles dans les régions et les territoires locaux, qui sont adaptés aux caractéristiques des régions qu'on dessert.

Alors, il y a un plan national qui est publié, d'ailleurs que j'encourage les gens à consulter, qui est un document très intéressant. Il y a également ensuite des plans d'action régionaux qui sont élaborés par les directions régionales de santé publique, en collaboration avec les centres de santé et services sociaux, selon les spécificités et les besoins particuliers de la population régionale, qui sont par la suite inscrits à la planification stratégique régionale. Alors, les conditions de succès, c'est que ce programme et ses constituantes fassent l'objet d'une appropriation par les acteurs à chacun des niveaux du réseau de la santé, que ce soit au niveau local, régional ou national, qu'on respecte bien les responsabilités et les rôles de chacun de ces niveaux-là, qu'on soit très sectoriel, mais aussi intersectoriel dans l'établissement des partenariats, particulièrement avec le milieu de l'éducation, et que l'information circule correctement, et que chacun accroisse également sa capacité de leadership.

Je pense qu'il faut revenir sur l'importance de ce programme qui est à mettre en parallèle avec le Rapport sur l'état de santé de la population que le gouvernement, et le directeur national de la santé publique, publie, vient de publier pour la première fois. Je pense que ces deux documents doivent être lus en parallèle. Il va s'en ajouter un troisième qui sera le rapport annuel du Commissaire à la santé et au bien-être dont on a élargi, en commission, ici même, le mandat pour inclure les déterminants de la santé dans l'action gouvernementale intersectorielle.

Alors, il s'agit d'un plan qui est ambitieux, et certainement on veut amener l'ensemble des intervenants à travailler ensemble à l'atteinte des objectifs. Et c'est bien documenté, c'est bien décrit, c'est appuyé sur de la science très solide. Et je crois qu'on a tous avantage... Tous les parlementaires et les gens de la population qui sont intéressés à le consulter, il est disponible bien sûr sur demande.

Mme Gaudet: La durée du plan d'action 2003-2012 m'apparaît... ça m'apparaît assez long, là, comme période. Est-ce que vous prévoyez faire des évaluations ou des suivis d'implantation durant cette période-là?

M. Couillard: Oui. Il y a d'abord plusieurs cycles. Il y a, je pense, trois cycles qui sont prévus à l'intérieur de 2003-2012. La première évaluation va être faite en 2007, c'est déjà prévu, quant aux résultats obtenus, les actions tenues par rapport aux objectifs qui sont contenus dans le Programme national de santé publique. L'autre chose qu'il faut rajouter, c'est les travaux du comité intersectoriel sur la prévention, qui fait suite au Forum des générations, qui prend beaucoup appui sur le Programme national de santé publique également.

Mme Gaudet: Merci.

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

Mme Harel: Bon. Alors, M. le Président, j'apprécierais que les membres de cette commission, incluant le député de Saint-Jean, veuillent que le ministre — comment dit-on donc — ...

Des voix: Obtempère.

Mme Harel: ...obtempère, obtempère à son engagement, là, de nous transmettre le PTI. Nous ne l'avons pas, nous le souhaitons, nous avons fait plusieurs démarches pour l'obtenir. Le ministre dit qu'il en a un, eh bien, qu'il le transmette à la commission.

M. Couillard: On a dit qu'on le transmettrait, on va le transmettre, M. le Président, à la commission. Il faut voir également qu'est-ce qui va être transmis le 26 mai. On attend une réponse le 26 mai. Si, par hasard, c'était le fameux plan, bien il ne s'agit pas de l'envoyer deux fois. Si ce n'est pas ça, faites-le nous savoir, et on va vous le transmettre... transmettre à la commission rapidement.

Mme Harel: Non. Là, là, on ne va pas jouer à ça, là.

M. Couillard: Mais on va le publier. Il va être transmis, là, il n'y a pas d'inquiétude à avoir.

Mme Harel: Le 26 mai, c'est demain, ça? Bon.

M. Couillard: C'est demain, ce n'est pas long.

Mme Harel: Alors, d'accord. Si vous voulez.

M. Couillard: Vous allez pouvoir me le dire demain. Je suis certain qu'on va se voir dans quelques heures.

Mme Harel: Parfait. Mais nous avons reçu un appel téléphonique du contentieux du ministère, il y a une semaine de cela, pour nous indiquer qu'il n'y avait pas de PTI. Alors, le ministre dit qu'il y en a un, qu'il nous le transmette.

Programmes de soutien aux jeunes familles

Bon. M. le Président, je voudrais revenir sur un certain nombre de choses. D'abord, sur l'action préventive concernant les nouveau-nés. Une fois que les grossesses ont eu lieu, il faut donc s'occuper des nouveau-nés et des familles dans lesquelles ils arrivent. Alors, je voudrais savoir du ministre ce que deviennent les programmes Naître égaux — Grandir en santé, Soutien aux jeunes parents, puisque ce sont là en fait des programmes qui ont comme objectif de soutenir l'accompagnement. Mais il y a aussi la Fondation de la Visite. Je voudrais vous parler de la Fondation de la Visite...

Une voix: ...

Mme Harel: De la Visite. Ça existe depuis 15 ans, c'est un organisme qui a gagné beaucoup de prix et qui a été célébré pour son travail. Il s'agit essentiellement de visiter tout de suite après l'accouchement. C'est un soutien gratuit aux femmes enceintes et aux familles des nouveau-nés qui vivent en contexte de vulnérabilité. C'est-à-dire que la maman est visitée et, si elle est bien entourée, on n'y revient pas, sinon on maintient un support constant auprès souvent d'une maman qui n'a pas de réseau autour d'elle, en particulier des mamans de communautés culturelles, puisque 73 % des familles visitées, suite à l'arrivée d'un nouveau-né, proviennent des différentes communautés

culturelles. Et il y a vraiment un problème de financement auquel elles font face présentement, un problème grave qui pourrait les amener à devoir cesser de donner ce service de mamans visiteuses dans certains quartiers et arrondissements où elles font ce travail formidable au cours des dernières années. Alors, où en sommes-nous?

M. Couillard: Bien, M. le Président, les deux programmes auxquels on a fait allusion au début de la question sont actuellement en cours... pardon, ils sont actifs. D'abord, le Programme de soutien aux jeunes parents, c'est un budget de 22 millions qui initialement avait été investi dans ce programme qui doit offrir des services intenses et continus de la grossesse à l'entrée à l'école d'un enfant. Et ce programme a été ciblé lors des investissements annoncés en 2004-2005 et en 2005-2006. Il y a environ 4 millions de dollars de plus qui ont été ajoutés au programme, intégrés aux enveloppes globales régionales, avec des objectifs qui viennent du Programme de santé publique. Et on estime qu'en 2005-2006 il va être possible de rejoindre environ près de 2 300 nouvelles jeunes mères et leurs familles.

Maintenant, pour ce qui est du programme de Naître égaux — Grandir en santé, il est également continué avec les investissements... On m'apportera bientôt les fiches techniques, mais je peux rassurer la députée et la population que ces deux programmes très importants continuent à s'appliquer.

Pour ce qui est de l'organisme la Visite, j'ai peu de renseignements actuellement disponibles. On a des demandes de subventions discrétionnaires qui sont en cours et qu'on va certainement suivre. Je remercie la députée de m'avoir signalé l'existence de l'organisme. On va lui apporter une attention particulière et voir quelles sont les demandes qui sont actuellement en cours.

Mais j'ai les informations sur le Soutien aux jeunes parents et pour le programme Naître égaux — Grandir en santé, le programme continue. Dès que ce sera disponible, j'espère au cours des prochaines minutes, on pourra vous donner des détails quant au nombre de personnes rejointes et aux investissements qui y sont consacrés.

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

• (23 h 20) •

M. Bouchard (Vachon): Peut-être une petite question là-dessus... enfin, deux petites questions. La première, c'est, il me semble qu'il y a un programme aussi qui a été développé en collaboration avec la Fondation Chagnon, pour les familles vulnérables de 0-6 ans, en quoi le ministère est-il impliqué dans ce programme? Et la deuxième question, c'est: Quelle est la différence ou la complémentarité que le ministre voit entre Naître égaux — Grandir en santé et Soutien aux jeunes parents?

M. Couillard: Bien, je veux commencer par la deuxième parce que clairement les deux programmes sont complémentaires. Lorsqu'on dit naître égaux et grandir en santé, c'est faire allusion directement aux déterminants socioéconomiques de la santé, et on veut bien sûr que... Puis c'est la raison pour laquelle ces deux programmes continuent à s'appliquer. Il s'agit de soutenir les jeunes parents avant et après la grossesse, également d'accompagner les enfants dans le bas âge.

Pour ce qui est du projet conjoint entre la Fondation Chagnon et le gouvernement du Québec, est-ce qu'on parle de Québec en forme? Ce ne doit pas être ce programme-là, c'est un autre programme. Parce qu'il s'adresse également aux enfants de moins de six ans, hein? Je voulais juste le souligner. C'est peut-être celui-là quand même dont on parle parce qu'on parle de l'évaluation de la psychomotricité pour les 4-5 ans, la condition physique pour les 5-6 ans. Et Québec en forme, 32 378 enfants, en 2004-2005, ont été rejoints, 25 comités d'action locaux, 525 partenaires dans huit régions sociosanitaires. Il y a 151 établissements scolaires, 44 municipalités et partenaires de différents secteurs: organismes communautaires, loisirs, centres communautaires. Je pense que c'est le projet dont vous parlez parce que c'est moins de six ans, là.

Et on est en train de considérer... On me dit maintenant qu'on considère l'expansion dans toutes les régions du Québec pour ce programme de partenariat. Donc, c'est un projet qu'il y a entre la Fondation Lucie et André Chagnon, le Secrétariat au loisir et au sport, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation, des Sports et Loisir également.

Mme Harel: Alors, je voudrais, M. le Président, insister, là, auprès du ministre sur l'importance de soutenir la Fondation de la Visite. C'est une étude qui a eu lieu, je crois, à l'Université McGill, une étude scientifique qui a présidé à la création de la Fondation de la Visite et qui a démontré qu'on pouvait éviter 80 % des cas de placement d'enfants en soutenant, dès l'arrivée du nouveau-né, le... en donnant un support aux parents. Alors, c'est très simple, hein? Ce sont finalement des... non pas des professionnels qui, à leur corps défendant, donnent souvent le sentiment d'incompétence aux parents qui essaient d'éviter tout contact avec les institutions, ou les professionnels, ou les établissements, mais ce sont des mamans qui sont engagées pour leurs qualités maternelles et qui font des visites comme si elles étaient une cousine, une parente, une amie, une grand-maman et qui cheminent avec la nouvelle maman dans l'apprentissage de son rôle, hein? On sait bien qu'il n'y a pas de diplôme pour être parents, mais ça peut s'apprendre, ça se transmet en fait. Il n'y a pas de diplôme écrit, mais ça se transmet en étant accompagné pour acquérir la compétence parentale. Alors, j'insiste sur l'importance de cet organisme.

Administration d'électrochocs pour traiter des maladies mentales

Je ne voudrais pas terminer l'étude que nous poursuivons, des crédits du ministère, sans aborder la question des électrochocs. À deux reprises jusqu'à maintenant, j'ai déposé à l'Assemblée nationale, juste avant la période de questions, des pétitions qui me sont transmises par différents organismes, soit l'organisme Action Autonomie, Le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, également l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale. Alors, il y a plus de 1 200 personnes qui ont jusqu'à maintenant signé une pétition dans le cadre d'une campagne qui est appuyée par plus d'une quarantaine

d'organismes, de regroupements d'organismes à travers le Québec.

En fait, les faits invoqués, dirais-je, M. le Président, sont les suivants. Alors que cette technique, là, l'électrochoc, était presque disparue et de moins en moins prescrite, là, par les psychiatres, on a vu tout à coup une recrudescence. De 4 000 que cette technique était utilisée en 1988, on retrouve le double, là, 8 119 électrochocs en 2003. Et je pense que les questions incontournables, c'est: Comment explique-t-on que cette technique soit en recrudescence? Comment explique-t-on que les deux tiers des personnes à qui les électrochocs sont administrés sont des femmes, avec un taux encore plus élevé pour les femmes de plus de 60 ans? Comment explique-t-on que le rapport rédigé pour l'AETMIS, là, sur l'utilisation des électrochocs au Québec, et publié en février 2003, dans lequel il était prévu un registre systématique, n'a pas vu le jour encore? Alors, comment se fait-il qu'il y ait utilisation de cette technique par un nombre restreint de psychiatres, hein? On constate, dans le rapport, que huit psychiatres sont responsables environ du tiers des prescriptions d'électrochocs.

Alors, il y a une contestation, le ministre le sait, de cette technique dans plusieurs pays. On pense à nos voisins américains, mais aussi dans les pays européens, chez nos voisins ontariens. Alors, il y a certainement nécessité d'un examen beaucoup plus approfondi de la poursuite de l'usage des électrochocs, en particulier sur la population féminine de plus de 65 ans à qui ils sont administrés.

M. Couillard: Bien, M. le Président, on avait eu déjà une conversation là-dessus il y a quelques jours. Il faut avoir une certaine prudence, parce qu'il s'agit d'une technique médicale prescrite par un médecin, et, comme on le sait, le ministère de la Santé et de Services sociaux n'a qu'une autorité limitée quant à la pratique médicale. Les questions de ce type-là doivent surtout être adressées au Collège des médecins, d'une part, et, d'autre part, aux associations professionnelles, notamment à l'Association des psychiatres.

Maintenant, ce qu'on peut dire en général, et il faut se garder également de jugements trop hâtifs sur la question, c'est que, quel que soit l'aspect rébarbatif qu'on peut y trouver, avec justesse, il s'agit d'une technique qui est reconnue comme faisant partie de l'arsenal thérapeutique pour certaines situations, notamment la dépression sévère. Quelle est l'explication quant à la distribution démographique? J'ai suggéré récemment qu'on obtienne le renseignement auprès de l'Association des médecins psychiatres ou du Collège des médecins, qui d'ailleurs, sauf erreur, avait fait un guide, il y a quelques années, sur la question, et l'Agence d'évaluation également a fait la même chose.

Le fait qu'il y a un certain nombre de psychiatres... qu'il y a un petit nombre de psychiatres qui concentrent la majorité des interventions — j'ajoute en passant qu'il s'agit d'interventions faites sous anesthésie générale, et c'est important sur le plan, là, de la façon dont on administre ces questions-là — donc le fait qu'il y ait un petit nombre de psychiatres est probablement associé au fait qu'on veut justement concentrer l'expertise puis le choix des indications dans un nombre relativement restreint de professionnels.

D'autre part, la question d'un registre, il faut l'aborder avec la plus grande prudence. Les groupes de défense des droits en santé mentale sont les premiers à s'objecter en général à ce genre de mesure là qui, même sous le couvert de la confidentialité, viserait à faire un recensement des personnes qui ont eu à subir, quelque part dans leur vie, un tel traitement. J'en ai connu personnellement, de ces personnes, et je peux témoigner que parfois il s'agit d'un geste qui est salvateur pour la personne, lorsque les indications sont bien déterminées. Et il s'agit de faire attention de ne pas diffuser ce genre d'information là et de... Moi, je serais très, très craintif et prudent avant de créer un tel registre, parce que, s'il fallait qu'un jour une personne, dans le cours de sa vie, soit inscrite sur un registre quelque part qui indique qu'elle a reçu, cette personne, un traitement d'électrochocs, en termes de stigmatisation, ce serait terrible pour la personne, et les conséquences sociales seraient probablement importantes.

Mais je pense que les questions qui sont judiciaires, les questions qui se posent doivent être abordées avec la plus grande prudence et éviter les jugements trop rapides, la démonisation de pratiques qui peuvent parfois être très utiles pour certaines personnes. Les questions touchant la répartition démographique, féminine-masculine, je suggère qu'elles soient acheminées au Collège des médecins et à l'Association des médecins psychiatres, qui seraient plus en mesure de donner une réponse éclairée sur la question.

• (23 h 30) •

Mme Harel: M. le Président, j'apprécierais que le ministre qui a la responsabilité de la santé publique au Québec se porte aussi responsable de cet état de fait, là. Pourquoi? C'est troublant de comprendre qu'il y a trois fois plus de femmes que d'hommes à qui on administre des électrochocs. Et pourquoi est-ce que les femmes de 65 ans et plus sont surreprésentées? Il me semble que la santé publique devrait s'intéresser à cela. Je regrette, là, mais c'est comme mettre cette question-là sur une voie de garage que celle de répondre qu'on n'a qu'à s'adresser au Collège des médecins. Je ne sache pas que ce soit le Collège des médecins qui soit responsable de l'administration de la santé publique au Québec.

M. Couillard: Il n'est pas question de santé publique uniquement, M. le Président, il est question d'un acte médical prescrit par un médecin. Faites attention, là! Il ne faut pas perdre ça de vue. On est dans un terrain qui est extrêmement délicat et qu'il ne faut pas aborder rapidement.

Maintenant, moi, je suis bien prêt à écrire personnellement au président du Collège des médecins et au président de l'Association des médecins psychiatres pour leur demander des explications sur le point précis que soulève la députée, qui l'inquiète, et avec raison. Je conçois qu'on puisse être inquiet de cette donnée-là. Il y a peut-être des raisons épidémiologiques qui sont à la base de cette donnée démographique là, et on sera heureux d'en obtenir l'éclaircissement.

Alors, je veux bien faire, moi, la démarche d'écrire et de demander les renseignements, mais il ne s'agit pas d'une organisation dans laquelle on doit intervenir à la légère. Il s'agit, je le répète, d'un acte médical répertorié, comportant les indications reconnues par des spécialistes reconnus, regroupés en association et dont l'acte professionnel est régi par le Code des professions et le

Collège des médecins. Ce n'est pas une question uniquement d'épidémiologie puis de santé publique, là, c'est une question de pratique médicale essentiellement. Mais je suis d'accord, moi, pour faire la demande en question pour obtenir des renseignements, et je serai heureux de faire parvenir à ma consœur la réponse qui nous sera donnée.

Mme Harel: J'apprécierais, M. le Président, qu'on donne suite à cet examen. Si on regarde le rapport qui a été réalisé par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, on se rend compte que l'administration d'électrochocs qui est préconisée dans ce rapport ne doit l'être que pour le traitement de dépressions majeures graves et dans les cas seulement où aucune autre alternative n'est possible, c'est-à-dire pas d'effets de la pharmacothérapie et de la psychothérapie, alors que, selon l'AETMIS, là, dans le rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, on retrouve qu'entre 1994 et 2000 42 % des hospitalisations avec électrochocs étaient associées à un diagnostic de dépression; 49 %, à celui de manie; 6 %, à celui de schizophrénie; et 3 %, à d'autres diagnostics. Les administrations d'électrochocs en clinique externe ont augmenté de 18 % à 28 %, de 1988 à 2001, sans qu'on sache les diagnostics qui ont conduit à l'administration d'électrochocs à toutes ces personnes.

Alors, on est bien loin, là, des recommandations du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec qui expressément préconisait l'administration d'électrochocs exclusivement pour le traitement de dépressions majeures graves et — c'est conjonctif, ça, ce n'est pas ou — et s'il n'y avait aucune autre alternative possible qui était démontrée. Là, c'est quand même incroyable qu'en 1988 il y en ait eu 4 000 administrées puis, en 2003, il y en ait eu 8 000, plus de 8 000.

M. Couillard: Encore une fois, on va faire la demande. Mais, moi, je demanderais juste à la députée d'être prudente. Je comprends qu'on doit transmettre les préoccupations des citoyens puis c'est important de le faire, mais ce n'est peut-être pas uniquement négatif qu'il y ait eu une augmentation du nombre de ces procédures, parce qu'elles ont une valeur thérapeutique dans des situations qui sont extrêmement sérieuses, où, comme on vient de le dire, la pharmacothérapie par exemple n'est plus efficace, où il peut, par exemple, exister des risques élevés d'actes suicidaires. Il faut être très, très prudent, là, avant de porter des jugements globaux sur une technique comme celle-là.

Moi, je répète que je vais être heureux de demander les renseignements, sur la base de nos échanges, basés sur l'inquiétude de la députée et sur le profil démographique de la clientèle, sur l'augmentation des procédures et la corrélation avec le rapport de l'Agence d'évaluation. Alors, je vais le faire, autant au Collège des médecins qu'au président de l'Association des médecins psychiatres, et on fera parvenir à... Moi-même, ça m'intéresse de connaître la réponse à cette question.

Programmes de soutien aux jeunes familles (suite)

Je voudrais revenir en arrière, si vous me le permettez, sur deux questions de la députée, pour ne pas

laisser rien derrière nous. D'abord, la Fondation de la Visite — je donne les chiffres — en 2003-2004, a reçu un budget de 54 272 \$ — qui a été augmenté par le SOC — qui a été augmenté à 55 000 \$, en 2004-2005, auquel s'est ajouté 10 000 \$ de la marge discrétionnaire pour 2004-2005. On est certainement disposés à les soutenir également pour 2005-2006.

Maintenant, pour le programme Naître égaux — Grandir en santé... qui a changé de nom, en passant, qui est devenu un nom beaucoup plus compliqué que le programme Naître égaux — Grandir en santé. Ça s'appelle maintenant, tenez-vous bien, là, je commence, là: Les services intégrés en périnatalité pour la petite enfance, volet Soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Plus meilleur!

M. Couillard: Enfin, c'est peut-être plus précis; par contre, c'était agréable de dire Naître égaux — Grandir en santé. On...

M. Bouchard (Vachon): Quand on a fini de dire ça, les enfants ont six ans.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: En termes de couverture, quand on regarde le nombre de femmes âgées de 20 ans ou plus qui ont été rejointes, c'est plus de 10 000 personnes en 2003-2004; les données de 2004-2005 ne sont pas encore disponibles. Donc, c'est un projet qui, malgré son changement de nom, est encore à l'agenda, et on pourra revenir éventuellement sur les résultats de 2004-2005, lorsqu'ils auront été colligés, en termes d'actions. Mais je répète que les deux programmes, autant Soutien aux jeunes parents et Naître égaux, continuent d'être en place, soutenus et actifs.

Mme Harel: M. le Président, si vous y consentez, j'aimerais déposer un document qui est préparé par Le Collectif pour la défense des droits en santé mentale, Action Autonomie, et qui porte sur les électrochocs. C'est un état des lieux et évidemment c'est un objectif qui est l'abolition des électrochocs. Mais je crois que ça peut être utile pour le bénéfice des membres de la commission et du ministre.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Mme la députée de Nelligan.

Activités de recherche dans les centres hospitaliers de l'Université de Montréal et de l'Université McGill

Mme James: Merci beaucoup, M. le Président. Comme on achève nos travaux, je souhaitais, avant de terminer, m'entretenir avec le ministre au sujet de la recherche. Lorsque je feuilletais ma revue de presse, la semaine passée, je lisais un article de Mylène Tremblay, du *Devoir*, et elle parlait du site du campus Glen, puis elle disait, dans son article, M. le Président... en fait, on

parlait de la superficie de 42 370 m², puis on parlait du fait que ce site va attirer des nouveaux chercheurs, et donc on peut conclure qu'il va y avoir d'énormes pouvoirs de recrutement puis des retombées économiques également. Alors, j'aimerais entendre du ministre de quel type de recherche s'agit-il.

M. Couillard: Bien, M. le Président, il s'agit des développements importants des installations de recherche, d'ailleurs pas uniquement pour l'hôpital de McGill, le CUSM, mais également pour le CHUM. Rappelons que, pour le CHUM, le projet, tel que déposé, comprend l'agrandissement du Centre de recherche au double de la superficie actuelle sur les trois sites, et actuellement les institutions de recherche, c'est les trois sites du CHUM, ou au moins deux des trois sites parce qu'il y en a un qui est l'Institut de recherche clinique de Montréal, près de l'Hôtel-Dieu, et on va doubler la superficie du Centre de recherche. Et c'est la même chose à l'Hôpital de McGill où il y a un établissement de santé et de recherche qui est le plus grand actuellement au Québec, et c'est important de reconnaître la contribution de ces activités-là.

L'institut accueille plus de 500 chercheurs; 200 étudiants de niveau post-doctoral, 700 des cycles supérieurs, 90 «fellows» cliniques actuellement éparpillés dans une cinquantaine d'immeubles à Montréal. Alors, dans sa nouvelle configuration, il deviendra un véritable centre intégré qui encouragera l'interaction avec les scientifiques, les chercheurs et les cliniciens. C'est donc prévu dans le cadre du développement du projet de la cour Glen. Il y aura un centre d'innovation en médecine qui sera également au cœur de cet institut de recherche qui disposera de laboratoires et d'infrastructures qui sont actuellement hors de portée pour les chercheurs du CUSM, des laboratoires de performance humaine, des plateaux de recherche spécialisée, des plateaux de recherche fondamentale également.

Et tout ça bien sûr permettra de maximiser l'attrait et la capacité de recrutement de nos installations universitaires à Montréal, autant d'ailleurs au CHUM qu'au CUSM. Dans les deux cas, je pense qu'on peut miser sur de fortes possibilités de recrutement, au cours des prochaines années, de relève, de formation de nos étudiants gradués. Montréal est connue déjà sur le plan international pour la qualité de ses activités dans le secteur biomédical. Ça ne comprend pas seulement l'entreprise privée comme les entreprises pharmaceutiques, mais également tout ce qui se fait dans nos instituts de recherche attachés aux facultés de médecine et à nos hôpitaux universitaires. Et il faut rappeler que, parmi les missions fondamentales des centres hospitaliers universitaires, on retrouve l'enseignement et la recherche de même que l'évaluation des technologies des soins, mais ces deux missions-là seront particulièrement bien mises en évidence dans le contexte de ces importants développements.

Mme James: Merci. Une petite sous-question, M. le Président, là. Vous avez mentionné, dans votre réponse, le CHUM également. Puis je me demandais quelles sont les précautions que vous allez prendre pour assurer une équité, parce qu'on va avoir le CHUM et le CUSM dans la région de Montréal, dans le domaine de la recherche.

● (23 h 40) ●

M. Couillard: Bien, on tire partie de ce qui existe déjà, il y a déjà deux grands centres de recherche. On augmente la capacité des deux centres, autant au CHUM qu'au CUSM. On veut s'assurer que les programmes et les projets cheminent de façon assez parallèle, de façon à ne pas donner un avantage indu à une institution par rapport à l'autre pour les recrutements. Mais on soupçonne que la majorité des chercheurs vont rester fidèles à leur institution. Ils vont demeurer soit dans le réseau du CHUM Université de Montréal soit à McGill, mais il y aura aussi des mouvements et des recrutements internationaux. Ce qui est intéressant de constater, autant pour l'Université de Montréal que l'Université McGill, au cours des dernières années, c'est la forte augmentation de gens de très haut calibre venant d'autres pays qui choisissent maintenant de venir s'installer à Montréal ou Québec, et ça, c'est très encourageant, et on va encore augmenter ce mouvement avec la mise sur pied de ces centres de recherche.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): J'autorise le dépôt du document intitulé *Pour l'abolition des électrochocs, les électrochocs état des lieux*. D'ailleurs, compte tenu que c'est un document assez volumineux, c'est convenu, nous allons faire envoyer par courriel le fichier en question à tous les membres de la commission, au lieu de reproduire un document papier pour tout le monde. Alors, ça va? Alors, le document est déposé. Oui, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

Adhésion du Québec à Inforoute Santé du Canada

M. Bernard: Oui. Merci, M. le Président. Je voulais profiter des derniers moments pour m'entretenir avec le ministre sur les renseignements cliniques et l'Inforoute Santé du Canada. Juste pour le bénéfice des auditeurs et des gens ici présents, je voudrais rappeler que, dans le cadre entre autres de la commission sur le projet de loi n° 83, on a beaucoup parlé des renseignements cliniques, et ceci, entre autres, dans le but d'aider aux soins de santé, et l'échange de renseignements entre les médecins et le personnel soignant, ça avait été très abordé dans le cadre du projet de loi, puis c'était dans le cadre du réaménagement du réseau de la santé. Donc, notre gouvernement a entrepris des démarches à cet égard-là. Et il a été très bien mis en lumière, dans le cadre des travaux, que la clé est l'informatisation et l'investissement de nouvelles sommes surtout en technologie. Alors, j'aimerais savoir de la part du ministre quelles sont, là, les initiatives du Québec en ce sens-là, puis également je crois qu'il y a des liens avec Inforoute Santé Canada. Alors, j'aimerais savoir de la part du ministre quelles sont les pistes à cet égard-là.

M. Couillard: Alors, M. le Président, l'Inforoute Santé Canada est une organisation sans but lucratif, une société sans but lucratif, fondée en janvier 2001, qui dispose d'un budget de 1,1 milliard en capitaux d'investissement. Jusqu'en janvier 2004, le Québec n'était

pas membre de cette organisation. Nous sommes maintenant membres, et notre sous-ministre adjointe siège au conseil d'administration.

Il faut mentionner que l'adhésion à l'organisme s'est faite sous le couvert d'une entente spécifique écrite entre Inforoute Santé Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec via le Secrétariat aux affaires intergouvernementales qui garantit la pleine autonomie du Québec en matière de ses choix prioritaires, de ses priorités et du suivi des investissements qui sont faits, et qui s'assure — et c'est important que ce soit fait — que tous les projets présentés par le Québec à Inforoute Santé Canada passent par le ministère de la Santé et des Services sociaux, de façon à éviter ce à quoi on assistait depuis quelques années: un développement un peu anarchique de projets, à gauche et à droite, sans nécessairement qu'on les ait soumis à une philosophie globale.

Alors, les résultats de cette adhésion ont déjà commencé à se manifester. Il y a eu une confirmation d'une subvention pour le démarrage du projet de Dossier de santé interopérable du Québec, Montréal-Montérégie-Laval. Des discussions ont lieu sur le domaine du médicament, des répertoires et des systèmes de radiologie numérique, ce qu'on appelle en abrégé le PACS. C'est le système qui permet de transmettre l'image radiologique par voie numérique plutôt qu'avec des films. C'est très important, particulièrement pour des régions lorsqu'il n'y a pas de registre sur place. Ça veut dire qu'on peut faire lire le film très rapidement, presque en temps réel, à distance, par voie informatique.

Les réunions continuent. Je pense qu'on peut être très optimistes qu'on aura la part qui revient au Québec de ce financement, malgré certains retards, là, dans certains...

Une voix: ...

M. Couillard: ... — pardon — qu'on a eu à adhérer à l'organisme, on va pouvoir récupérer les sommes qui sont dues au Québec et on est certainement optimistes que d'autres annonces suivront, très prochainement, de façon imminente, comme on l'a dit à plusieurs reprises au cours de cette commission. Notre objectif, bien sûr c'est de récupérer le plus de financement possible, tout en préservant notre capacité de faire nos propres choix technologiques et cliniques, et bien sûr notre priorité, à court terme, moyen terme, d'informatiser les réseaux locaux, en commençant par l'informatisation du profil pharmacologique et du dossier diagnostique. Et là-dessus il est clair que l'adoption du projet de loi n° 83 est importante, parce que ce projet de loi comprend les modalités législatives qui permettront la circulation de l'information par voie électronique, la constitution de banques de données régionales — on se souvient des débats qu'on a eus là-dessus. Mais je crois que l'adhésion à cet organisme est un acquis important pour le Québec qui a préservé ses zones de juridiction et ses choix, et on pourra récupérer, pour les patients, les citoyens du Québec, les sommes qui devraient être dévolues au Québec sur l'enveloppe globale de l'organisme.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme James: Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va. Bon. À ma gauche, pour les 10 dernières minutes. Mme la députée.

Mme Harel: Bon. Alors, M. le Président, c'est avec étonnement, pour faire suite à la question du député de Rouyn-Noranda, que j'invite les membres de cette commission à prendre connaissance, à la page 72 du cahier de réponses aux questions particulières, tome I, du fait que le Québec n'a reçu aucune somme d'Inforoute Santé Canada en 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005.

Je me rappelle tous les griefs que le ministre faisait au gouvernement précédent, il y a deux ans, et je me rends compte que, pour la troisième année, il nous dit que peut-être il y aura, de manière imminente — quand on se rappelle la définition qu'en donnait le président — il y aurait, de manière imminente, des annonces tout prochainement. Mais je comprends qu'en deux ans il n'y a rien eu encore, sauf finalement quelques projets, là, qui n'ont pas l'ampleur que le ministre nous avait promis rapidement.

M. le Président, j'aurais eu, et je me rends compte, encore beaucoup de dossiers à traiter pour plusieurs heures avec quelques minutes.

Des voix: ...

Mme Harel: On se reprendra. On se reprendra.

Des voix: ...

Aide financière au Centre de développement Yaldei pour l'acquisition de terrains

Mme Harel: On aura d'autres occasions. Mais il y a deux dossiers, là, que je veux quand même aborder avec lui très rapidement, soit celui des Terres du soleil. Est-ce que le ministre, concernant Les Terres du soleil... le ministre connaît certainement parce qu'on fait valoir, dans cette correspondance que j'ai, que le projet a reçu un appui direct du ministre de la Santé — en vous nommant — de l'Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux, et l'organisme est reconnu comme un leader, au Québec, en matière d'intervention précoce. Il s'agit d'un organisme qui a pour mission de soutenir, faciliter l'intégration sociale des enfants ayant des troubles de développement et des déficiences intellectuelles.

Alors, Les Terres du soleil disent ceci: qu'ils ont soumis une offre d'achat pour acquérir des terrains dans la municipalité de Lantier. Cette offre d'achat est conditionnelle à l'obtention d'un financement du gouvernement, qui devait être finalisé avant le 15 avril de cette année et qui, compte tenu du léger retard dans l'annonce des crédits budgétaires, cela a empêché d'entamer les procédures, etc. Alors, le ministre peut-il nous indiquer quelle est l'ampleur de ce financement que le gouvernement, son ministère en fait, a confirmé à l'organisme centre de développement qui s'appelle Yaldei, Y-a-l-d-e-i?

M. Couillard: Nous, on fait notre possible pour...

Mme Harel: Ah! ...une offre d'achat à Les Terres du soleil, c'est-à-dire que Yaldei veut acheter...

M. Couillard: Ah! O.K.!

Mme Harel: ...le terrain situé dans la municipalité de Lantier et a informé la municipalité qu'il avait l'assurance d'un financement du gouvernement. Quelle est l'ampleur de ce financement?

M. Couillard: Donc, juste pour clarifier, pour que les gens en arrière trouvent les documents, là, le nom de l'organisme, ce n'est pas Les Terres du soleil, c'est Yaldei qui s'occupe...

Mme Harel: Y-a-l-d-e-i.

Le Président (M. Copeman): Yaldei Shashuim, dont...

M. Couillard: Je connais très bien puis le président connaît très bien l'organisme, là. On va essayer de trouver les détails.

Mme Harel: Bon!...

Le Président (M. Copeman): Le nom de l'organisme, si ma mémoire est bonne, c'est Yaldei Shashuim, dont...

M. Couillard: On avait d'ailleurs visité ensemble les locaux.

Le Président (M. Copeman): ...dont le siège social est dans le comté de — ah oui! — Notre-Dame-de-Grâce.

M. Couillard: Dans l'ancien hôpital...

Des voix: ...

M. Couillard: ...dans l'ancien hôpital qui s'appelle...

Le Président (M. Copeman): Reine-Élizabeth.

M. Couillard: Reine-Élizabeth.

Le Président (M. Copeman): C'est exact.

M. Couillard: On va trouver rapidement.

Mme Harel: Alors donc, vous avez l'information? Vous l'aurez, hein, dans les minutes qui viennent.

● (23 h 50) ●

M. Couillard: Oui.

Patiente ayant séjourné 72 heures dans le couloir d'un hôpital

Mme Harel: D'autre part, j'ai reçu copie d'une correspondance qui a été adressée au ministre le 4 mai, c'est encore assez récent, et c'est une jeune femme à qui j'ai parlé et qui n'est pas de Montréal mais qui était hospitalisée à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.

Elle dit ceci: «Je vous écris — en s'adressant au ministre — pour vous informer d'une situation que je trouve des plus inacceptables. Je suis une fibrose kystique,

greffée des poumons depuis plus de deux ans, et je suis suivie à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, au centre des greffes. Or, je viens d'avoir une infection de la vessie et je suis hospitalisée depuis lundi matin — elle écrivait en date du 4 mai — à l'urgence de Notre-Dame. Je traîne, depuis ce jour, dans un couloir de l'urgence, à côté de personnes qui peuvent attraper mes microbes et vice versa.»

J'ai communiqué avec elle par téléphone, elle est restée trois jours dans le corridor, dans le couloir de l'urgence de Notre-Dame. Elle ajoute: «Durant cette période de chasse aux bactéries de toutes sortes, C. difficile, multirésistantes, je ne comprends toujours pas pourquoi je ne suis pas en isolation et pourquoi cela fait — en date du 4 mai au matin — plus de 48 heures que je suis à l'urgence.» Mais, par la suite, en fait, au total, là, elle restera 72 heures. «Il me semble qu'il ne devait pas y avoir beaucoup de cas de patients stationnés pour plus de 48 heures dans les urgences du Québec. Je trouve indécent que le gouvernement soit prêt à payer 300 000 \$ pour une greffe et mette en péril ce cadeau que j'ai reçu.»

Alors, elle nous dit: «Après avoir parlé à la porte-parole des malades de Notre-Dame, cette dernière ne pouvant m'aider, dois-je m'en remettre aux médias pour les aviser de ma situation? Je m'en remets à vous pour voir si vous pouvez m'aider.»

Alors, je pense que cette lettre indique bien les difficultés qui peuvent se présenter. D'une part, les urgences, il y a définitivement des situations qui sont encore inacceptables. D'autre part, l'isolation des patients qui sont vulnérables, il y a encore des situations qui manifestement sont inacceptables. Alors, je me demande si le ministre a pris connaissance de cette correspondance?

M. Couillard: Bien, M. le Président, la correspondance doit être en traitement actuellement. Il faut être prudent avec les cas individuels. J'espère que cette personne s'est bien rétablie d'abord de son épisode d'infection.

Il faut également reconnaître que des progrès substantiels ont été accomplis dans nos salles d'urgence, notamment à Montréal, où, pour la première fois depuis cinq ans, l'ensemble des indicateurs ont évolué de façon positive. Il y a beaucoup moins de gens qu'avant — encore trop — mais beaucoup moins de gens qu'avant qui sont en séjour prolongé aux salles d'urgence. Je regrette que cette personne malheureusement ait été de celles qui encore ont à souffrir de cette expérience. Mais il y a un progrès considérable qui est accompli actuellement dans la plupart sinon la totalité de nos grandes urgences de Montréal.

On espère que d'autres personnes n'auront pas à vivre cette situation. Je ne trouve pas ça acceptable personnellement qu'on reste plus de 48 heures. Déjà, 48 heures, c'est long. Plus de 48 heures, c'est encore plus long, et ça ne devrait pas être le cas. On part de très loin: il faut rappeler les chiffres d'il y a trois, quatre ans dans les salles d'urgence. On ne penserait pas possible maintenant de voir les améliorations qu'on observe dans certains hôpitaux, notamment à Maisonneuve-Rosemont, au CHUM et à Sacré-Coeur. C'est beaucoup mieux que c'était, mais on voit qu'il y a encore du chemin à faire, et c'est le cas.

Pour le cas spécifique qui nous est présenté, bon, la lettre, la correspondance est probablement en traitement.

J'encourage la personne, si elle n'est pas satisfaite des traitements ou des soins qui lui ont été offerts, à porter une plainte au commissaire local aux plaintes. C'est à ça que ça sert, à améliorer la qualité des services également et pas seulement dans un but négatif, mais dans un but d'améliorer les services pour les prochains patients. Et on espère et on est convaincus que nos gens, dans les établissements, vont continuer à améliorer la situation de leurs salles d'urgence.

Mme Harel: Et sur l'organisme que vous connaissez bien, M. le Président.

M. Couillard: Bien, on n'a pas les renseignements sur place. On vous transmettra, là... Il n'y a pas beaucoup de dossiers sur lesquels on est en attente de transmission. Il y en a un cependant... Tiens! j'allais oublier, pour ne pas laisser trop de...

(Consultation)

M. Couillard: O.K. O.K. Il y a un document qui avait été déposé, la semaine dernière, dans l'étude des crédits de la ministre déléguée à la Réadaptation, qui avait été refusé parce qu'il n'avait pas de source écrite, c'est les Listes d'attente en protection de la jeunesse, état de situation le 8 avril 2005. Et il y en a un nouveau qui m'avait été demandé par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve pour les enveloppes régionales, alors on les dépose également. La source est indiquée, de sorte qu'on n'aura pas le même problème une deuxième fois, et on va les faire parvenir avec plaisir à la présidence de la commission.

Le Président (M. Copeman): Bien.

M. Couillard: Et on se souvient qu'il reste encore... Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de choses en attente. Le PTI, bien sûr; la question de l'organisme Yaldei dont on vient de parler.

Une voix: La lettre.

M. Couillard: Et la lettre pour les électrochocs. En gros, c'est ce qui reste en suspens.

Documents déposés

Le Président (M. Copeman): Alors, j'autorise le dépôt du tableau *Enveloppes des principaux facteurs inclus aux enveloppes régionales 2005-2006* et le tableau *Listes d'attente en protection de la jeunesse. État de situation au 8 avril 2005*.

Document déposé

Il nous reste trois choses à faire, dont deux relèvent de la présidence. On va commencer avec les choses simples. Je dépose les réponses aux questions générales et particulières pour l'étude des crédits budgétaires 2005-2006 du portefeuille ministériel Santé et services sociaux.

Il reste la mise aux voix des programmes. Et, si vous désirez, le ministre, Mme la députée, quelques

remarques très brèves finales, mais vraiment très brèves. Puis, moi, j'aurais une petite remarque, à la fin des travaux de la commission.

M. Couillard: Oui, oui, très brèves.

Le Président (M. Copeman): Alors, en ce qui concerne... On va procéder aux mises aux voix. On va juste attendre la diffusion des documents déposés.

M. Couillard: Je pourrais, M. le Président, pendant qu'on distribue les documents, faire quelques brèves remarques. D'abord, remercier les membres de la commission, mes collègues parlementaires, et également le personnel de la commission qui nous a été d'une précieuse assistance, bien sûr toutes les personnes du ministère de la Santé et Services sociaux qui sont en ma compagnie, qui nous ont accompagnés pendant ces crédits, et redire à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve que j'ai apprécié nos échanges qui ont été empreints, comme d'habitude, de civilité. Je pense qu'on est restés très corrects, l'un et l'autre, pendant ces échanges-là. Lorsque le ton a monté, ce n'était pas dans des échanges qui nous concernaient, et on peut s'en féliciter. Espérons que ça continuera pour les prochaines années. Je pense que cet exercice est très utile en termes de pédagogie, d'enseignement, d'ailleurs pour nous-mêmes, pour ce que nous faisons, et également pour les concitoyens qui nous écoutent. Et j'ai déjà hâte à l'année prochaine, M. le Président, pour une nouvelle étude des crédits.

Des voix: Hum! Hum!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Voulez-vous répliquer tout de suite, Mme la députée, ou...

Mme Harel: Bien, un mot d'abord pour vous remercier, M. le Président. Je suis convaincue que votre humour permet un climat beaucoup plus harmonieux au sein de cette commission. Et je vous le disais sans être enregistrée, je vous le dis maintenant, mais votre formation politique vous doit beaucoup, hein? J'espère qu'ils vous en seront reconnaissants. Et également je voudrais remercier les collègues. Je pense qu'on a, à quelques petites exceptions, maintenu un climat d'échange qui est respectueux également pour la nature des dossiers qu'on a à traiter. J'en remercie le ministre également. Je lisais la revue *L'Actualité médicale*, en date du 4 mai dernier, et je termine en reprenant le titre de *L'Actualité médicale: Une année difficile en perspective pour le ministre de la Santé et des Services sociaux*. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Alors, je vous...

M. Couillard: Juste, j'ai oublié de remercier mes collègues du cabinet également qui étaient présents avec moi, dont je salue la collaboration.

Le Président (M. Copeman): Bien sûr.

M. Couillard: L'année difficile... Bien, une autre!
Et...

Une voix: À vaincre sans péril, on triomphe sans gloire.

M. Couillard: C'est ça: À vaincre sans péril, on triomphe sans gloire, M. le Président.

Adoption des crédits

Le Président (M. Copeman): Alors, nous allons procéder aux mises aux voix. Et vous allez me permettre quelques secondes de votre temps à la fin de la commission.

Alors, est-ce que le Programme 1, intitulé Fonctions nationales, est adopté?

Des voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Est-ce que le Programme 2, intitulé Fonctions régionales, est adopté?

Des voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Est-ce que le Programme 3, intitulé Office des personnes handicapées du Québec, est adopté?

Des voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Est-ce que le Programme 4, intitulé Régie de l'assurance maladie du Québec, est adopté?

Des voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Est-ce que l'ensemble des crédits budgétaires du portefeuille ministériel Santé et services sociaux, pour l'année financière 2005-2006, sont adoptés?

Des voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Je vous remercie, chers collègues, de votre collaboration pour les 20 heures effectuées pour l'étude des crédits ici, en Commission des affaires sociales, pour le volet Santé et services sociaux.

Je vous laisse avec une citation de Flaubert, Flaubert, Gustave Flaubert, citation que je ne partage

pas nécessairement, mais je trouve qu'elle est apte parce qu'il est minuit. Alors, Flaubert a dit, et je le cite: «Minuit, limite du bonheur et des plaisirs honnêtes. Tout ce qui se fait au-delà est immoral.»

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): J'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à minuit)