



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 2 mai 2006 — Vol. 39 N° 19

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

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 2 mai 2006 — Vol. 39 N° 19

Table des matières

Organisation des travaux	1
Santé	
Remarques préliminaires	1
M. Philippe Couillard	1
M. Jean-Pierre Charbonneau	4
Mme Sylvie Roy	6
Discussion générale	6
Transferts fédéraux en matière de santé	6
Écart entre les dépenses probables et le budget de dépenses	9
Retrait d'un service d'ambulance à Laurierville	10
Résultats des actions entreprises dans la lutte contre le cancer	11
Orientations relatives aux soins palliatifs	13
Portrait des réseaux universitaires intégrés de santé	15
Nombre de lits ouverts dans les hôpitaux depuis	
2003 pour désengorger les urgences	15
Impact de l'épisode annuel de grippe sur les statistiques	15
Nombre de lits ouverts dans les hôpitaux depuis	
2003 pour désengorger les urgences (suite)	15
Impact de l'épisode annuel de grippe sur les statistiques (suite)	16
Nombre de patients dans des lits de soins aigus en attente d'hébergement	18
Plan d'action pour améliorer la gestion des urgences et	
de la demande croissante de soins de longue durée	20
Document déposé	21
Stratégie de réduction du nombre de patients dans	
les hôpitaux en attente d'une place en CHSLD	21
Bilan des mesures visant à améliorer la qualité des	
services aux personnes âgées en perte d'autonomie	23
Modalités d'octroi des certificats de conformité	
des résidences privées pour personnes âgées	25
Causes de l'obligation pour des hôpitaux de limiter le nombre de lits accessibles	26
Bilan d'utilisation des sommes reçues du gouvernement fédéral en	
2002 pour l'implantation des groupes de médecine de famille	27
Stratégie d'implantation des groupes de médecine de famille	29
Bilan d'utilisation des sommes reçues du gouvernement fédéral en 2002	
pour l'implantation des groupes de médecine de famille (suite)	30
Crédits consacrés au financement de la stratégie visant à	
assurer la formation d'un nombre suffisant de médecins	32
Système de répartition des nouveaux effectifs médicaux	
sur l'ensemble du territoire depuis 2003	35
Identification des régions en pénurie de médecins et de personnel infirmier	36
Plan d'action concernant la rétention et la relève du personnel infirmier	38
Mesures visant à promouvoir de saines habitudes de vie	39
Intentions concernant la participation du privé au réseau de santé	40
Programme de vaccination contre la varicelle	42
Niveau d'investissement pour les soins à domicile et l'hébergement	
des personnes âgées en perte d'autonomie	43
Reconnaissance et stabilité du personnel dispensant l'aide	
à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie	45
Amélioration des services de pédopsychiatrie pour les enfants	
de moins de 12 ans dans la circonscription de Chambly	46
Territoires desservis par les réseaux universitaires intégrés de santé	47
Crédits consacrés afin d'augmenter l'apport des médecins formés à l'étranger	48
Impact des infirmières spécialisées pour réduire	
les effets négatifs de la pénurie de médecins	49
Effets de l'élimination de la prime de ruralité sur les	
services d'aide à domicile dans la MRC Côte-de-Gaspé	50
Estimation du nombre de personnes âgées en	
attente de services de soins à domicile	52

Table des matières (suite)

Niveau de dépenses des CLSC par région pour le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie	52
Prévisions d'ajout de places en CHSLD	53
Estimation du nombre de personnes âgées en attente de services de soins à domicile (suite)	53
Niveau de dépenses des CLSC par région pour le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie (suite)	53
Prévisions d'ajout de places en CHSLD (suite)	53
Situation actuelle des personnes en attente d'une place dans un CHSLD	53
Plan de mise en oeuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées des agences de santé et de services sociaux	54
Fondement statistique de l'engagement électoral relatif au financement des soins à domicile et des services d'hébergement	55
Documents déposés	55
Retombées de mesures législatives récentes touchant le secteur de la santé sur le financement des services	56
Bilan de la mise en oeuvre des mesures du plan d'action en santé mentale 2005-2010	57
Stratégie de lutte contre le suicide	58
Temps d'attente pour des services d'imagerie médicale au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur	59

Autres intervenants

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

Mme Diane Legault
M. Pierre Reid
Mme Noëlla Champagne
M. Jean-Claude St-André

Le mardi 2 mai 2006 — Vol. 39 N° 19

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (3): volet Santé*(Neuf heures quarante-deux minutes)*

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle que notre mandat est de poursuivre l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2006-2007, et plus particulièrement nous débutons ce matin le volet Services de santé.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Charest (Rimouski) va être remplacée par M. Charbonneau (Borduas).

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle, chers collègues ainsi que tous les collaborateurs, collaboratrices présents dans la salle, que l'utilisation des téléphones cellulaires est interdite pendant les séances de la commission. Je prierais tous ceux qui en font l'usage de bien vouloir les mettre hors tension.

Organisation des travaux

Je vous rappelle également que l'enveloppe de temps alloué pour l'étude des crédits du portefeuille ministériel Santé et services sociaux est de 20 heures, dont 15 heures au volet Santé. Aujourd'hui, six heures de temps sont prévus pour l'étude de ces crédits, et nous allons poursuivre les 4, 9 et 10 mai pour terminer l'étude...

Je vous rappelle qu'il était convenu antérieurement de procéder par discussions d'ordre général par blocs de 20 minutes questions-réponses, avec la mise aux voix à la fin du temps imparti à l'étude des crédits budgétaires du portefeuille ministériel Santé et services sociaux. Est-ce que ça vous convient de procéder ainsi, blocs de temps de 20 minutes, discussions d'ordre général, mise aux voix à la fin du temps imparti? Ça convient? Très bien.

Je ne sais pas s'il y a des précisions concernant divers éléments ou programmes. La RAMQ, est-ce qu'il y a une entente pour un temps particulier pour certains de ses éléments? Je le dis tout le temps juste afin d'aider la planification de nos échanges. M. le député de Borduas.

M. Charbonneau: Je sais qu'on avait dit que la Régie pourrait venir jeudi. On pourrait peut-être évaluer ça en fin d'après-midi, parce que, dépendant, là, du terrain qu'on aura couvert dans les discussions, on maintiendra ça ou on le reporta. Mais en principe, c'était ça, puis je pense que c'était, la semaine prochaine, l'Institut de santé publique, aussi, là.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Je comprends qu'il y a un désir de faire des remarques préliminaires. Normalement, il y a un bloc de remarques préliminaires prévu pour le portefeuille ministériel en son

ensemble. Étant donné que des remarques ont déjà été faites par nos collègues ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation et notre collègue la députée de Rimouski, je présume qu'il y a consentement pour procéder à une deuxième série de remarques préliminaires. Consentement.

Santé**Remarques préliminaires**

Alors, sans plus tarder, je cède la parole à M. le ministre de la Santé et des Services sociaux pour une période de temps qui ne devrait pas dépasser 20 minutes, M. le ministre.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. Je voudrais d'abord saluer la critique de l'opposition officielle, le député de Borduas, de même que la députée de Lotbinière, qui exerce la même fonction pour l'Action démocratique du Québec, et bien sûr tous les collègues présents aujourd'hui dans le cadre de cette commission.

Également, avant les remarques préliminaires, je voudrais saluer la présence des gens du ministère de la Santé et des Services sociaux qui nous accompagnent. À ma droite, le sous-ministre en titre, M. Juan Roberto Iglesias, de même que les sous-ministres adjoints suivants — je les mentionne par ordre alphabétique et non ordre de présance, je tiens à le préciser, de façon à ne pas créer de quiproquo: M. Michel Bureau, Services de santé et médecine universitaire; Mme Dagenais, Planification stratégique, évaluation et gestion de l'information; Mme Guérette, c'est pour les Services sociaux; M. Larouche, c'est pour le Personnel réseau et ministériel; M. Paquet, la coordination du réseau financement et équipement; M. Poirier, Santé publique; de même que les collaborateurs du cabinet, à ma gauche, ma directrice de cabinet, Mme Whitton et tous les attachés politiques qui nous accompagnent aujourd'hui.

Donc, je suis heureux de participer une fois de plus à cet important exercice de reddition de comptes. C'est la quatrième fois à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux que je fais cet exercice qui est toujours une façon d'abord de rendre des comptes à la population et une des composantes les plus importantes de l'exercice parlementaire. On sait que, dans l'évolution de notre système parlementaire, c'est cette question de la responsabilité, de l'imputabilité des gouvernements sur la base des crédits budgétaires qui, au cours du XIXe siècle, a alimenté énormément de querelles sur le rôle du Parlement par rapport aux institutions exécutives.

Pour le député de Borduas, bien sûr, premiers crédits comme porte-parole, mais, avec un parlementaire de cette expérience, bien sûr le nombre des crédits est immense, et je ne crois pas, sauf erreur, pouvoir m'approcher du nombre de séances de crédit qu'il a parcourues dans sa carrière.

On garde bien sûr à travers... On aura l'occasion d'y revenir. On garde résolument le cap sur la priorité de notre gouvernement, qui sont la santé et les services sociaux. Et encore cette année, cette mission compte pour les deux tiers de l'augmentation des dépenses de programmes du gouvernement et l'augmentation des crédits de 6,3 % par rapport à l'an dernier. Les dépenses en hausse de 4,2 milliards de plus depuis notre arrivée au pouvoir et pour arriver à un budget de dépenses prévues en 2006-2007 de plus de 22 milliards, 22 115 000 000 \$.

Plus de 67 %, donc les deux tiers de la hausse observée s'expliquent par les éléments relatifs aux ressources humaines: des augmentations de rémunération de même que les clauses normatives à incidence salariale négociées lors des dernières conversations avec le secteur public à l'automne; l'équité salariale, à venir; et bien sûr les contributions patronales aux régimes de retraite qui ont été rehaussées.

Il faut également faire des remarques sur la rémunération des médecins. Nous savons que nous sommes actuellement en négociation avec les fédérations médicales. Ces négociations seront faites dans un esprit d'équité avec les autres groupes qui ont déjà négocié avec le gouvernement et le respect des paramètres financiers. Pourquoi? Encore une fois, je le répète, non pas par entêtement ou désir de confrontation, mais l'enveloppe consacrée cette année à la rémunération montre qu'il faut absolument avoir ce cadre financier pour protéger les services justement dans leur maintien, dans leur développement. Mais on va également profiter de ces négociations pour faire des ajustements propices à l'atteinte de certains objectifs importants non seulement pour le ministère de la Santé, mais pour la population du Québec, par exemple la prise en charge des patients vulnérables.

Pour ce qui est des dépenses non salariales, il y a une indexation générale de 103 millions de dollars. Bien sûr, on parle des dépenses qui sont communes à toutes les installations publiques avec les frais d'entretien, chauffage, etc. Par surcroît, et c'est quelque chose que nous avons accordé à chaque année depuis notre arrivée au gouvernement, 100 millions de dollars pour couvrir l'augmentation des coûts de système spécifiques à la santé normalement en lien avec les technologies, l'évolution des coûts des médicaments fournis en établissement, par exemple.

Pour les médicaments assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, nous aurons l'occasion d'en discuter avec la régie au cours de ces débats, 81 millions de plus, et un chiffre important, qui est 125 millions sur une base annuelle pour de nouveaux services, 25 millions pour le fonctionnement de nouvelles installations, de nouveaux appareils de technologie médicale, qui est une considération qui a souvent été oubliée dans le passé, de même que l'indexation spécifique, d'où l'accumulation de déficits coriaces et chroniques dans le réseau, et 100 millions de dollars en développement bien sûr sur une base annuelle et récurrente.

Sur ces 100 millions, ma consœur la ministre déléguée a déjà présenté les réalisations prévues en protection de la jeunesse et en réadaptation pour 16 millions.

Voilà donc des précisions sur les volets qui relèvent directement de ma responsabilité.

Pour les listes d'attente, 20 millions s'ajoutent aux sommes déjà consenties à cet égard. Il s'agit de démarrer

la nouvelle garantie d'accès pour les chirurgies du genou, de remplacement du genou, de remplacement de la hanche et de la cataracte dont il a été largement question à cette même commission. Aussi continuer à favoriser la réduction des délais moyens d'attente pour les autres chirurgies. Ça s'ajoute aux 60 millions de dollars déjà prévus pour contrer l'attente, pour un total de 80 millions. On se souvient que c'était 47 millions avant 2003.

● (9 h 50) ●

Il reste encore beaucoup à faire, mais il faut souligner les progrès réalisés comme en ont témoigné récemment Statistique Canada et l'Institut Fraser, qui montrent clairement... particulièrement un diagramme très illustratif de l'Institut Fraser qui montre que c'est en 2003 que la tendance s'est inversée pour ce qui est des listes d'attente au Québec.

Augmentation donc du nombre d'interventions depuis 2003: le remplacement du genou, 2003... de plus, le remplacement de la hanche, 1 200 de plus, cataracte, 16 700 de plus. On avait ensemble un exercice en commission parlementaire, le député de Borduas et moi-même, où un des directeurs des services d'ophtalmologie les plus importants au Québec qui est venu nous expliquer qu'en 2003 les délais d'attente pour les cataractes, à Montréal, étaient autour d'un an et plus, alors que maintenant ils sont de deux ou trois mois. Alors, il y a là un progrès remarquable.

Les chirurgies avec hospitalisation, plus de 27 000, les chirurgies d'un jour, 48 000 de plus. En cardiologie tertiaire, les cibles sont atteintes ou très près de l'être dans la plupart des établissements. En radio-oncologie, on est maintenant dirigé vers la cible de quatre semaines, tout un renversement par rapport aux tendances des années précédentes.

Toujours dans une perspective d'accès aux services médicaux, on poursuit les efforts pour mettre en place de nouveaux groupes de médecine de famille — il y en a 89 qui ont été créés, 12 autres qui sont actuellement en cours d'accréditation — et de nouvelles cliniques-réseaux — déjà 12 à Montréal, dont une d'ailleurs a été illustrée hier, au Lakeshore, et qui donnent déjà les résultats escomptés sur l'engorgement des urgences. D'ailleurs, ces urgences ont été l'objet de discussions hier. Des résultats variables selon les hôpitaux et les régions, par contre une évolution globalement favorable, et j'aurai l'occasion de déposer un graphique ici, en commission, qui montre que, depuis 2003, comme ça a été le cas pour les listes d'attente, les tendances s'inversent et que les indices s'améliorent en face d'une demande en croissance.

Par exemple, il y a plus de 37 000 personnes qui visitent les urgences entre 2001-2002 et 2005-2006. On parle de 878 000 à 915 000 personnes, donc une demande très accrue, une sévérité, une lourdeur des cas plus accrue. Et le fait qu'on puisse améliorer les résultats, même de façon insuffisante — et on veut continuer à les améliorer — témoigne d'un plus gros degré d'efficacité du système de santé du Québec.

Les séjours de 48 heures et plus sont passés de 5,5 % à 4,8 % globalement au Québec, et ça, encore une fois devant une demande croissante. C'est un bel accomplissement, avec des zones de succès, des zones de succès mitigé et même des zones d'échec. Mais là il faut s'attarder à la comparaison de ces différents milieux pour voir quelle est l'explication des progrès moins importants à

certaines endroits qu'à d'autres. Même chose pour la durée moyenne des séjours, où la tendance est nettement à la baisse depuis deux ans.

Dans le domaine de la lutte contre le cancer, 10 millions supplémentaires sont attribués pour augmenter le nombre d'infirmières pivots — et ça, c'est directement en lien avec nos concitoyens et concitoyennes qui sont victimes du cancer — des personnes, des infirmières qui entrent en contact avec eux ou avec elles pour pouvoir les diriger, faciliter leur cheminement dans le système de santé. Et on a également décidé d'ajouter des infirmières en soins palliatifs à domicile pour qu'on puisse avoir accès à ces soins palliatifs le plus possible à la maison.

En santé physique, je voudrais souligner un petit ajout budgétaire qui, pour moi, est important pour plusieurs raisons. Parce que, lorsqu'on a fait — on s'en souvient, on était ensemble, je crois, le député de Borduas et moi — la commission sur les médicaments, sur la politique du médicament, les stomisés étaient venus nous visiter. Les stomisés sont les personnes qui doivent porter des poches pour le drainage de leurs sécrétions corporelles. Et on sait que leur montant forfaitaire de compensation n'avaient pas été ajusté, je crois, depuis 1993. Et, sur le plan personnel, mon père est décédé d'un cancer colorectal et a dû porter cette stomie pendant un an, alors j'ai une vision assez concrète, merci, de ce que ça signifie pour nos concitoyens qui ont à vivre de cette façon. Donc, 1 million de plus pour l'aide aux stomisés, une somme qui peut paraître modeste mais qui va faire toute une différence pour les patients qui ont besoin de remplacer ces équipements. Et je rappelle encore une fois que cette allocation n'avait pas été revue depuis presque 15 ans.

En santé mentale, 10 millions de dollars de plus pour continuer la mise en place du plan d'action: d'abord, le déploiement d'équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes comme les adultes, l'augmentation du suivi intensif bref dans la communauté pour les personnes à haut risque suicidaire. Et on a vu que, depuis le début des années 2000 — et ça, je pense que c'est un bénéfice qu'on partage avec d'autres personnes et pas uniquement les actions du gouvernement — le taux de suicide, pour la première fois au Québec, est en régression. Mais il faut bien sûr continuer à agir parce qu'il demeure beaucoup trop élevé par rapport à d'autres communautés. On veut également ajouter du suivi d'intensité variable dans la communauté pour les personnes éprouvant des troubles graves de santé mentale.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 35 millions de plus pour soutenir l'implantation du plan d'action qui s'intitule *Un défi de solidarité*. Les agences travaillent actuellement à la mise en oeuvre de leurs plans régionaux, et, conformément aux priorités établies localement et régionalement, l'augmentation des services offerts aux personnes âgées, que ce soit à domicile ou dans la communauté, sera mise en place. On veut bien sûr de cette façon faciliter la transition entre le modèle actuel d'hébergement institutionnel et un modèle davantage axé sur les services dans la communauté. Depuis 2002-2003, il y a plus de 21 300 personnes desservies en plus pour un total de 157 600, près de 900 000 interventions de plus, et l'intensité des services s'est accrue de 10 % depuis 2003-2004. Encore du progrès à faire, mais encore une fois on est dans la bonne direction. Et, au-delà des crédits du ministère de la Santé, rappelons la mesure fiscale

pour le maintien à domicile des personnes avec un ajout de 54 millions de dollars.

En santé publique et prévention, un ajout de 7 millions pour bien sûr contrer les menaces à la santé et les épidémies, notamment en lien avec l'influenza et les infections nosocomiales, rehausser les services pour le développement harmonieux des enfants, améliorer les services de dépistage du cancer du sein, poursuivre les campagnes sur les saines habitudes dans la foulée du rapport Perreault.

Donc, en conclusion, je suis heureux de pouvoir discuter en cette enceinte de l'utilisation prévue des plus de 22 milliards de dépenses budgétaires de la mission santé et services sociaux. Je rappelle que par ordre décroissant de valeur, nos quatre programmes sont les suivants:

La fonction régionale, qui a 16,3 milliards ou près des trois quarts du budget total, des sommes qui sont administrées régionalement et localement en tenant compte du profil et des besoins des différents milieux, qui sont très distincts. Noter que les augmentations budgétaires varient d'une région à l'autre pour, encore une fois cette année, faire un progrès dans la correction de l'iniquité interrégionale; par exemple, depuis trois ans, les augmentations supérieures à la moyenne dans des régions comme Lanaudière, les Laurentides et surtout la Montérégie, région bien connue du député de Borduas. Par ailleurs, les montants alloués cette année incluent les budgets requis pour donner suite à l'engagement sur la «Paix des Braves» conclue avec les Cris, avec un accroissement des dépenses de fonctionnement de 10,9 millions.

Deuxième gros bloc, c'est la Régie de l'assurance maladie du Québec, 5,5 milliards, ce qui comprend notamment la rémunération des médecins et le régime public d'assurance médicaments.

Troisième programme, les fonctions nationales, 292 millions. C'est relativement peu toutes proportions gardées, 55 fois moins que les fonctions régionales. Donc, le gros du budget de la santé, et c'est très bien qu'il en soit ainsi, est administré régionalement et localement.

Le dernier programme a été étudié la semaine dernière, l'OPHQ, une douzaine de millions.

Alors, je suis bien sûr prêt à débattre de tout cela avec l'aide des personnes qui m'accompagnent. Je profite de l'occasion pour les remercier de leur travail non seulement dans le cadre actuel de la défense des crédits, mais aussi pour le soutien qu'elles me fournissent toute l'année.

Vous me permettez de peut-être conclure sur un ton un peu humoristique. On a eu l'occasion, le député de Borduas et moi, de parler de l'importance de favoriser la promotion de la santé, et souvent le député de Borduas m'a interpellé sur mon surplus pondéral relatif, cependant qui s'améliore, sur lequel je fais des efforts constants. Mais de mon côté, je l'ai interpellé sur le stress et la gestion du stress, alors je rappelle que c'est la Semaine anti-stress. Alors, je voudrais m'adresser à l'ensemble des parlementaires pour que nous fassions ces débats dans une ambiance douce, propre à diminuer le stress entre nous et chez nous, de façon à favoriser l'entente et l'oecuménisme parlementaire. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Des propos qui sont tout à fait endossés par le président, M. le ministre. Merci beaucoup. Alors, M. le député de Borduas et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, la parole est à vous.

M. Jean-Pierre Charbonneau

M. Charbonneau: Merci, M. le Président. Alors, d'abord, je veux saluer les gens qui sont avec nous, mon ministre et l'équipe du côté gouvernemental. Je trouve il y a un certain déséquilibre, et c'est en particulier vrai dans le domaine de la santé. Je calculais, il y a au moins 25 ou à peu près hauts fonctionnaires, y compris peut-être les deux collaborateurs du cabinet du ministre, là. Moi, j'ai une chercheuse qui est très bonne, mais on est deux, puis j'ai deux collègues ici, du côté de l'opposition, un du Parti québécois, le député de L'Assomption, puis la députée de l'ADQ, Mme la députée de Lotbinière. Alors, on va essayer malgré tout de trouver finalement... de faire un exercice utile de reddition de comptes. Le ministre disait que j'ai plus d'expérience que lui en termes d'heures de crédits, c'est vrai, mais il a un avantage énorme sur moi, c'est qu'il a quatre ans d'études de crédits du ministère de la Santé, ce qui n'est pas mon cas. Alors...

Donc, compte tenu du déséquilibre des forces et de son avantage stratégique, de son ancienneté au portefeuille de la Santé par rapport à moi, on va essayer de faire les choses correctement. Moi, je n'ai pas de problème à essayer d'être zen le plus possible, mais j'ai appris aussi... je pense qu'en bon médecin qu'il est toujours il doit savoir que parfois mieux vaut sortir son indignation que de la garder en dedans. Ça fait qu'on ne fait pas trop de cancers dans ce temps-là, puis qu'on dégage un peu le surplus émotionnel quand c'est nécessaire de le faire. Sauf que mon intention, M. le Président, ce n'est pas de fonctionner au registre au plafond à chaque fois, je pense qu'au contraire je préfère, moi aussi, que la discussion se fasse d'une façon plus correcte et plus harmonieuse, dépendant des réponses qu'on aura ou qu'on n'aura pas. Alors, je pourrai éventuellement changer le registre, mais pour le reste, disons que je peux rassurer le ministre, je vais m'occuper de mon stress et peut-être du sien aussi un peu. Puis, écoutez, si jamais il veut des cours d'arts martiaux ou de taï chi pour son poids, alors je me ferai un plaisir d'aller au gymnase en haut, puis de faire ce qu'il faut.

● (10 heures) ●

Entre-temps, passons maintenant un peu aux choses sérieuses. Juste pour faire une espèce d'entrée en matière, on a une présentation du ministre qui, comme on l'avait fait aux crédits provisoires, peut donner l'impression qu'on est sur un bon air d'aller au plan des investissements. Notre prétention, c'est que ce n'est pas le cas, parce qu'on avait promis, quand on était en campagne électorale... je crois que la reddition de comptes se fait beaucoup à travers les engagements politiques qu'on prend de part et d'autre. Et puis les objectifs qu'on peut se donner, moi, j'ai utilisé aussi beaucoup le plan stratégique du ministre, parce que je crois que, dans la Loi de l'administration publique qu'on a votée il y a quelques années, on avait justement voulu que les ministères déposent des plans stratégiques sur une base régulière. Moi, j'étais président de l'Assemblée à ce moment-là. On l'a fait pour l'Assemblée nationale aussi. Et l'intérêt, c'est de pouvoir suivre l'évolution des choses justement avec ces plans stratégiques.

Incidemment, ce que... je fais une parenthèse pour faire une suggestion au ministre de la Santé et peut-être à ses collègues aussi. C'est que, ce qui serait bien, parce

qu'on a des plans stratégiques qui s'échelonnent sur quelques années; en fait, celui du ministère de la Santé, c'est maintenant 2005-2010. Mais, ce qui serait bien, c'est qu'à chaque année, quand on fait l'étude des crédits, on ait un peu l'état de situation et d'avancement de chacun des items qu'on retrouve dans le plan stratégique, qu'on puisse finalement voir l'évolution des enjeux, et des orientations, et des axes, puis des objectifs. On a ça ici, dans le plan stratégique du ministre. Le problème, c'est qu'il y a tout un travail énorme de recherche qu'on doit faire pour essayer de concilier justement l'état d'avancement dans tous ces dossiers-là.

Ceci étant, ce que je disais, c'est qu'au niveau du financement dans le secteur de la santé, aux dernières élections, on avait promis non seulement d'investir pour maintenir à flot le système, c'est-à-dire d'investir à peu près 1 milliard par année, mais aussi d'ajouter à ce milliard presque 4 milliards additionnels, parce qu'on avait promis de s'attaquer au sous-financement du système de santé en injectant presque... enfin 8,9 milliards de dollars sur cinq ans. On commence la quatrième année du mandat du gouvernement et on a à peine 4,2 milliards, selon la version gouvernementale. Nous, on prétend que c'est 3,9 milliards. Mais, comme je l'ai déjà dit, on ne se chicanera pas, là, pour la différence, là. Disons qu'on prend les chiffres du ministre. Entre 4,2 milliards et 7,3 milliards qu'on aurait dû investir au moment où on se parle, bien, il y a une marge importante.

On ne peut pas penser d'avoir dit aux citoyens que ces investissements-là additionnels étaient importants et nécessaires et, aujourd'hui, penser et dire que finalement, même s'ils ne sont pas au rendez-vous, ce n'est pas grave, on réussit à performer comme on le souhaite. On l'a bien vu hier puis on va en reparler, aujourd'hui. Dans plusieurs quotidiens du Québec, la situation dans les urgences, ce n'est pas aussi rose bonbon qu'on a pu nous le laisser croire. Et, une des raisons, c'est qu'il y a une chaîne de situations qui finit par créer des engorgements ou des problématiques dans les urgences. Et ces situations-là en amont ou ailleurs qui se répercutent sur les urgences sont entre autres liées, entre autres, par un manque de ressources. Et j'écoutais hier des commentaires de spécialistes du système de santé, d'urgentologues et de médecins qui vivent les situations et qui aussi reconnaissent qu'il y a une problématique importante à l'égard des ressources qui ne sont pas à la disposition.

Alors, écoutez, encore une fois, vous ne pouvez pas promettre 8,9 milliards et avoir dû livrer — parce qu'on n'est pas à la cinquième année du mandat, mais on commence la quatrième année — en avoir livré, à ce moment-ci, 7,3 milliards, puis que dans les faits il n'y en a que 3,9 ou 4,2 selon les versions. Bien, la différence est énorme, et cette différence-là, encore une fois, elle a des conséquences.

D'autre part, ce qu'il faut aussi avoir à l'esprit, c'est que... et ça, je pense que les citoyens doivent avoir une analyse critique et j'ai l'impression qu'enfin les médias commencent à s'intéresser un peu plus à la performance de mon vis-à-vis qui est à la Santé depuis maintenant trois ans et qui commence sa quatrième année pour se rendre compte qu'au-delà du discours il y a des objectifs qui n'ont peut-être pas été atteints. Je regarde simplement les cibles qu'on a données en termes d'investissements cette année, par exemple pour les cliniques-réseaux, les GMF, pour la santé mentale ou pour les personnes âgées

ou pour les soins à domicile. Dans chacun des cas, on est loin des investissements qui sont nécessaires par rapport aux plans d'action qui ont été mis en place et qui ont été annoncés par le gouvernement.

Je rappelle, parce que je l'avais fait lors de l'étude des crédits provisoires, que même l'Association des établissements de santé et de services sociaux estimait que les établissements ne disposeraient pas cette année des ressources pour donner la pleine impulsion aux différents plans d'action ministériels.

Alors ça, notre responsabilité à nous, c'est de voir comment... où est-ce qu'on en est dans l'évolution des plans d'action puis quel est le niveau de ressources qu'on consacre à ces plans d'action là et dans quelle mesure... et pourquoi on n'y arrive pas? Et ça va être intéressant de faire cette discussion aujourd'hui dans la mesure où une des raisons qui avaient amené le gouvernement actuel à promettre un niveau d'investissement supérieur, c'était la conviction qu'il pouvait faire mieux que nous dans les négociations avec le gouvernement canadien pour la récupération des surplus budgétaires qu'on a à Ottawa, ce qu'on appelle le déséquilibre fiscal. Mais, au-delà du déséquilibre fiscal, c'est les énormes surplus qui sont générés par nos taxes et nos impôts, incidemment. Et la réalité... Et aujourd'hui, on a un budget fédéral, là, qui va être livré dans quelques heures au Parlement canadien. Et ça va être intéressant de voir quelle sera la réponse du gouvernement conservateur, du gouvernement fédéral aux besoins des provinces, mais en particulier aux besoins du Québec dans le domaine de la santé.

Puis, à cet égard-là, sans doute qu'une question que je voudrais adresser immédiatement au ministre, c'est: Quelles sont ses attentes? Comment... qu'entrevoit-il et qu'attend-il et quelle a été sa demande à lui, comme ministre de la Santé, au niveau de la récupération des fonds fédéraux, pour faire en sorte qu'il dispose, lui, comme ministre de la Santé, de sommes plus importantes qu'il n'en a actuellement pour accomplir ses responsabilités puis faire en sorte que finalement la mission ou les missions, parce que c'est les missions au pluriel du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais on parle de la santé aujourd'hui, soient assumées correctement?

L'ennemi public numéro un, aux dernières élections, c'était l'attente. Et, quand on regarde l'attente, on la décline de plusieurs façons. C'est l'attente dans les urgences. On l'a vu hier que, s'il y a eu des améliorations dans certains domaines, il y a aussi eu une stagnation, peut-être même une détérioration dans d'autres établissements et que, tout compte fait, c'est long avant d'obtenir les résultats escomptés. C'est l'attente aussi pour des chirurgies. Il y a au-delà de peut-être 110 000 personnes qui attendent pour des chirurgies au Québec et une quarantaine de milliers qui attendent pour des chirurgies hors des délais médicalement acceptables. C'est l'attente pour des médecins de famille. L'objectif dans le plan stratégique, c'est le même objectif que le gouvernement précédent avait ciblé, sauf qu'on a reporté de cinq ans finalement l'atteinte de l'objectif.

Quand le ministre est arrivé en fonction, il avait repris à son compte l'objectif de faire en sorte qu'en juin 2005, donc ça fera presque un an, l'an dernier, qu'il y aurait au Québec 300 groupes de médecine de famille. On n'en a pas 300 groupes, le ministre l'a dit encore une fois tantôt, on en a 108, et là, bien, la cible, ce n'est plus juin 2005, c'est 2010. Alors, c'est clair que, quand il y a

un demi-million de Québécois qui n'ont pas à leur disposition un médecin de famille, il y a une conséquence, une espèce d'effet domino pervers où plusieurs de ces gens-là se retrouvent à l'urgence pour aller chercher des soins parce que, tant qu'à attendre dans une clinique sans rendez-vous, ils préfèrent aller attendre à l'urgence puis pas prendre de chance, puis éventuellement pouvoir avoir des traitements plus spécialisés si c'était nécessaire.

Et c'est aussi l'attente pour des soins à domicile, parce que, on l'a vu, dans la mesure où, dans les établissements, il y a des lits qui sont occupés par des personnes en perte d'autonomie âgées ou par des gens qui sont en réadaptation ou par des gens qui ont des problématiques de maladies qui pourraient les inciter à être soignés ailleurs, d'une façon plus adéquate, ça prend des lits et ça fait en sorte qu'il y a les lits qui sont à ce moment-là pris, ne sont pas disponibles pour éventuellement dégager des gens qui attendent sur des civières à l'urgence ou dans des corridors.

• (10 h 10) •

C'est aussi l'attente pour des places en centre d'hébergement de soins de longue durée. C'est l'attente aussi, dans certaines régions du Québec, pour que les services ambulanciers arrivent dans des délais raisonnables. Il y a une espèce d'inégalité, dans plusieurs régions du Québec, où on n'a pas l'impression qu'on est traité sur le même pied d'égalité que dans d'autres régions où on peut penser que le délai d'intervention des ambulanciers que l'on appelle maintenant paramédics est adéquat. Donc, on voit l'attente, là, c'est... ça se décline de bien des façons. On pourrait ajouter l'attente pour voir finalement un médecin spécialiste, l'attente pour avoir des tests diagnostics qui permettent à notre médecin de famille ou au médecin omnipraticien de pouvoir faire un diagnostic puis, par la suite, de nous référer. Ça fait beaucoup de problématiques d'attente. Et c'est là qu'on voit que les ressources qui manquent dans le système sont des ressources qui justement permettraient de régler une partie de ces problèmes-là.

Alors, l'objectif de cet exercice-ci, M. le Président, c'est d'essayer de voir avec le ministre et les hauts fonctionnaires du ministère où en sommes-nous, à quel rythme on avance, quelles sont les difficultés qu'on rencontre. Et, encore une fois, l'objectif, ce n'est pas d'abord de marquer des points au plan politique dans le sens partisan du terme, mais c'est de faire un état de situation, parce que notre vie démocratique fait en sorte que le gouvernement a une obligation de reddition de comptes. Le ministre rappelait l'histoire, mais finalement le gouvernement responsable, c'était ça. C'était la bataille à l'époque des patriotes, ça, ça date de 1837-1838, là, qui réclamaient justement que le gouvernement soit responsable devant les élus du peuple et qu'il ait l'obligation de rendre des comptes de l'utilisation des fonds publics. Alors, c'est l'exercice qu'on fait, qu'on va faire pendant plusieurs heures aujourd'hui, à partir d'aujourd'hui. Alors, c'est un exercice important. Et ce que j'espère, c'est qu'on pourra avoir un certain nombre de réponses à nos questions.

Donc, M. le Président, je ne sais pas combien de temps j'ai pris, là, mais on pourrait tout de suite peut-être, en ce qui me concerne, engager une discussion.

Le Président (M. Copeman): ..si vous avez terminé parce qu'évidemment il y a possibilité pour d'autres députés de faire des remarques également, alors.

M. Charbonneau: Oui, je sais. Alors, je n'ai pas de problème avec ça.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Très bien. Alors, merci. Est-ce qu'il y a d'autres députés qui désirent faire des remarques préliminaires? Mme la députée de Lotbinière.

Mme Sylvie Roy

Mme Roy: Merci, M. le Président. À mon tour, permettez-moi, au nom de l'Action démocratique, de saluer tous les hauts fonctionnaires de la santé, M. le ministre, mon collègue, chers collègues du Parti libéral.

J'aborde cette période d'étude des crédits certainement avec... pas d'anxiété, là, mais je sais que ça va être beaucoup de travail, quand on sait que vous gérez 43 % des efforts collectifs du Québec en taxes et en impôts, c'est certain... J'ai plusieurs tâches au sein de l'Action démocratique, je dis souvent que c'est un monde, le monde de la justice, c'est un monde, le monde de la sécurité publique, mais, quand on arrive en santé, c'est une galaxie tellement il y a de choses, là, en santé.

On gère... Les crédits ou les questions qu'on a posées sont souvent... bien, c'est des statistiques qui nous servent à voir l'évolution, mais les statistiques ont aussi leurs limites parce que les statistiques sont faites par région du Québec et les régions ne sont pas homogènes. Donc, les statistiques ont leurs limites. Et c'est des questions qui vont toucher quelquefois le monde rural, quelquefois des situations spécifiques pour lesquelles je vais m'attarder.

Également, j'ai l'intention, pendant cette étude de crédits, d'amener sur le sujet des questions qui nous ont souvent été posées et qui ont été posées au ministère de la Santé et qui sont demeurées sans réponse. On est souvent interpellés par des groupes ou par des individus sur des questions spécifiques au domaine de la santé, et ces groupes ou ces individus n'ont reçu que des accusés réception du ministère. C'est donc, je pense, l'endroit pour obtenir les réponses le plus rapidement possible.

Pour ma part, vous savez que mes interventions doivent être courtes en fonction de ma position et comme étant membre du deuxième parti d'opposition, c'est, j'espère pour permettre de continuer à avoir des échanges zen, comme on le souhaite tous, que les questions seront courtes et les réponses seront courtes pour qu'on puisse couvrir le plus de sujets possible. Si tel étant le cas, je serai ravie à la fin de l'étude de ces crédits. Merci.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, sans plus tarder, pour un premier bloc d'échange de 20 minutes, M. le député de Borduas.

Transferts fédéraux en matière de santé

M. Charbonneau: Bien. Alors, M. le Président, j'avais indiqué au ministre, dans mes remarques préliminaires, que j'aimerais bien avoir des précisions quant à ses attentes. On a un budget fédéral ce soir. Lui, et si j'étais à sa place, je serais dans la même situation de devoir... de m'attendre à avoir plus de moyens pour remplir mes

obligations. Quand on regarde finalement ce qui a été investi par rapport à ce qui avait été promis, puis ce que le ministre a besoin et ce que le système a de besoin, parce que ce n'est pas juste le ministre. Le ministre coordonne et donne l'impulsion de direction d'un système de santé important et complexe, mais on est juste 7,5 millions, là. Il y a des sociétés, il ne faut pas se prendre pour d'autres non plus, là, quand on compare à la Chine, à 1,3 milliard, là, on a comme... les défis sont... mais ça ne veut pas dire que, parce qu'on est 7,5 millions, que les choses ne sont pas complexes.

Alors, j'aimerais bien savoir de la part du ministre quelles sont ses attentes. Est-ce qu'il les a chiffrées? Et dans quelle mesure il se satisfait ou ne se satisfait pas du fait qu'il n'a obtenu, il n'a pu investir jusqu'à maintenant, selon sa version, 4,2 milliards, alors qu'il aurait dû normalement pouvoir investir 7,3 milliards de dollars dans le système de santé?

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Et je serai heureux d'abord de faire état de certaines remarques par rapport aux remarques du député de Borduas, pour aller spécifiquement sur son dernier élément en fin d'intervention.

Je dirais qu'effectivement le système de santé est sur une bonne tendance. Nous n'avons jamais réclamé le fait d'avoir tout réglé ou que les choses soient parfaites, mais ce que nous voulons voir année après année, dans le système de santé, c'est une tendance vers l'amélioration, et on veut le voir dans le cas des urgences particulièrement que j'aborderais dans quelques instants.

Effectivement, le gouvernement, comme il l'avait dit, consacre la majorité des sommes publiques à la santé, et de loin, et a fait de la santé sa priorité, et on sait que l'évolution des choses est toujours à mettre en relation avec les éléments qui sont discutés dans une campagne électorale. Par exemple, le député de Borduas lui-même conviendra qu'en 1994 on n'avait pas annoncé les coupes de budget en santé ni les mises à la retraite, et c'est leur choix, c'est leur histoire, comme formation politique. Ces actes-là ont été posés.

Le député de Borduas fait état également, et c'est une bonne chose, il veut faire un parallèle entre le plan stratégique du ministère et les progrès. Je le rappelle également que, sur ce plan, il y a un plan annuel qui vise précisément à faire état des progrès sur chaque élément du plan stratégique du ministère qui n'est pas déposé dans le cadre de cet exercice de révision de crédits, qui sera déposé à l'Assemblée nationale ultérieurement, et chaque année, je crois que le plan annuel est déposé à l'Assemblée nationale, et, à ce moment-là, ça donnera ample matériel au député de Borduas pour avoir des échanges sur la question.

Je suis content qu'il convienne, et il avait de la difficulté à le faire initialement, que l'investissement du gouvernement est effectivement de 4,2 milliards, cette année, en santé, parce que je vois qu'il utilise parfois une comptabilité un peu créative en en retranchant les montants alloués à la rémunération. Je suis content qu'il ne l'ait pas fait parce que j'avais en préparation pour lui quelques exemples, là, où on appliquerait la même comptabilité dans les années passées pour voir fondre comme neige

au soleil les investissements que son propre gouvernement avait faits en santé.

Je voudrais brièvement parler des salles d'urgence pour, si vous me le permettez, M. le Président, mettre à la disposition des collègues de la commission parlementaire un document que je considère particulièrement important, qui est l'évolution des indices de durée moyenne de séjour et de séjour de 48 heures et plus dans les urgences du Québec entre 1995-1996 et 2005-2006. Alors, avec votre permission, je le transmettrais aux collègues de la commission parlementaire. On viendra le chercher dans quelques instants, je le suppose, et on y voit, sur ce diagramme, et c'est très important qu'il soit étudié de près, qu'avec une demande croissante en termes de patients sur civière et de visites, en 1995-1996 et 2005-2006, avec cette demande croissante, on a assisté, entre 1995-1996 et 2003-2004, à une détérioration annuelle des indices dont je parlais tantôt, c'est-à-dire les patients sur civière et le pourcentage... la durée moyenne de séjour, pardon, et le pourcentage de patients restant 48 heures.

Alors, on voit donc que la tendance — et c'est clair, hein, on ne peut pas le nier, c'est des faits — la tendance s'est inversée...

M. Charbonneau: Je voudrais rester zen, mais, je veux dire, c'est le genre d'attitude qui fait monter ma pression. Je lui ai posé une question sur ses attentes au budget fédéral. S'il veut me parler des urgences, je lui ai dit que je lui en parlerais, mais s'il veut ouvrir... il veut poser les questions puis donner les réponses lui-même, ça, c'est un autre exercice. Ce n'est pas de la reddition de comptes, ça, c'est le ministre qui «call les shots» puis qui répond quand il veut, là. Je veux dire, là, on est dans une période où c'est l'opposition, les députés de l'opposition qui questionnent le gouvernement, puis on aimerait bien avoir des réponses sur les questions qu'on pose.

Le Président (M. Copeman): M. le député, j'ai vécu un peu la situation pendant des années dans l'opposition. Ça ne revient pas à la présidence de statuer sur ces types de question là.

M. Charbonneau: C'est vrai, mais c'est pour faire le point.

Le Président (M. Copeman): Très bien. M. le ministre, si vous voulez poursuivre.

● (10 h 20) ●

M. Couillard: Bien, brièvement, la question du député de Borduas a été précédée d'un long préambule dans lequel à peu près huit ou neuf sujets ont été abordés. Alors, s'il veut qu'on ait des échanges monothématiques, je lui suggère de poser des questions monothématiques, puis on répondra sur sa question, mais l'intervention était loin d'être monothématique, elle était multithématique.

Alors, je vais y aller rapidement, puis je sais qu'on aura l'occasion de revenir sur ces thèmes-là, mais, pour les citoyens qui nous entendent, ils vont dire: Bien, le ministre, il s'est fait parler des urgences, il s'est fait parler de ci, de ça, puis il n'a rien à répondre là-dessus. Alors, c'était le choix du député de Borduas de multiplier les sujets, puis je dois donc en prendre acte. Mais je lui transmettrais quand même le document...

Le Président (M. Copeman): Chers collègues, je comprends, on peut permettre un dialogue...

M. Couillard: On va passer par la présidence.

Le Président (M. Copeman): ...on peut permettre un dialogue, mais normalement une conversation est un peu trop informelle. Je préfère qu'on laisse à tous et chacun le temps de terminer la réponse, de poser des questions. M. le ministre, allez-y.

M. Couillard: Puis je vais y aller rapidement parce que je sais qu'on reviendra sur tous ces thèmes-là, mais je ne peux pas passer sous silence non plus les thèmes qui ont été abordés. Je vais le faire très rapidement de sorte qu'il y aura du temps pour répondre spécifiquement à la question du député de Borduas.

Alors, effectivement, donc on voit que la tendance s'est inversée. Il y a des points de succès, des points de stagnation et des points d'échec. Dans un tableau semblable, il faut se demander maintenant, dans une même région, pourquoi certains réussissent et d'autres moins. On aura l'occasion de revenir sur cette question, qui est fort intéressante à mon avis.

D'ailleurs, sur les plans d'action, ça montre... le député de Borduas dit: Bien là, il n'y a pas d'investissements suffisants pour les plans d'action, notamment en santé mentale et pour les personnes en perte d'autonomie. Ça montrait l'importance justement d'avoir un cadre financier défini et de ne pas en déborder parce que cet argent de développement, il est dégagé en gros à cause du respect du cadre financier qui, s'il n'avait pas été respecté, aurait mené au grignotage ou à l'effondrement des budgets disponibles pour les développements.

À ce sujet, je ne sais pas si l'opposition a fait son lit finalement sur la question des négociations. On a entendu des messages très différents selon les moments et les intervenants. Certains disaient que oui, ils pourraient réouvrir les conventions collectives et le décret, d'autres, non. Je ne sais pas où on en est, je ne sais pas si le chef du Parti québécois a trouvé le temps de s'intéresser à cette question ou de définir sa position, ce sera probablement fait au cours des prochains mois.

Avant d'en venir à la question finale des arrangements financiers, rapidement les groupes de médecine de famille. Le député de Borduas sait très bien pourquoi il y a un ralentissement de développement de groupes de médecine de famille non pas par le manque de volonté du gouvernement, mais par le manque d'intérêt relatif des médecins. Et on en fait la promotion, des groupes de médecine de famille, d'ailleurs partout au Québec. Il y en a 12 actuellement en voie d'accréditation. Le fait est qu'il y en avait 19 lorsqu'on est arrivé. Et lorsqu'on parle à satiété des 500 000 Québécois qui n'ont pas de médecin de famille, c'est toujours très ironique pour moi d'entendre la formation politique qui a créé la pénurie de médecins s'en plaindre aujourd'hui.

Pour ce qui est des soins à domicile, je rappelle qu'entre 1995 et 2001 l'investissement réel en soins à domicile a baissé de 7 %. Il y a 4 000 lits de CHSLD de fermés. On est en rattrapage là-dessus et on va continuer à agir pour corriger ces problèmes-là.

Un petit point historique qui m'intéresse particulièrement, c'est l'allusion du député de Borduas à la

révolte des Patriotes de 1837-1838. Je suis intéressé et je suis content de la façon dont il l'a décrit parce qu'on en fait grossièrement, souvent, une question essentiellement linguistique ou uniquement linguistique, alors qu'on sait que c'était beaucoup plus complexe que cela. C'était un débat de société sur justement le parlementarisme, la répartition des pouvoirs, il y a même l'orientation socialiste ou non de la société. D'ailleurs, c'est pour ça qu'à la même époque il y avait une révolte semblable dans le Haut-Canada avec William Lyon Mackenzie, qui était essentiellement basée sur ces principes auxquels s'ajoutait la question des groupes culturels dans le Bas-Canada de l'époque. Et je trouve ça intéressant de voir qu'il accepte de déborder du cadre habituel d'analyse de cet épisode historique là pour l'élargir.

Maintenant, parlons des...

M. Charbonneau: Ça va peut-être pour permettre au ministre de la Santé de dire à son collègue de l'Éducation de ne pas évacuer la page d'histoire des Patriotes, là, parce que finalement la lutte pour la démocratie dont ils ont été les champions est très importante...

Le Président (M. Copeman): Mais là, honnêtement, là...

M. Charbonneau: Mais ceci est une autre question qui...

Le Président (M. Copeman): Mais... Écoutez, chers collègues, là, de un, on s'éloigne beaucoup du sujet, de deux, à chaque fois, M. le député de Borduas, que vous avez quelque chose d'intéressant à nous dire, vous allez interrompre celui qui a la parole, ça va retarder nos travaux. Je sais, vous avez beaucoup de choses intéressantes à nous dire. Je vous prierais d'attendre à ce que le ministre ait terminé et par la suite la parole va revenir à vous. Ça convient? Je n'en doute pas. Allez-y.

M. Charbonneau: Alors, M. le Président, si le ministre pourrait répondre à ma question que je lui ai posée il y a 10 minutes, ce serait bien.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Là, vous remarquez, vous conviendrez, M. le Président, ma discipline, là, je n'ai encore interrompu une seule fois le député de Borduas pendant les débats, alors...

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

M. Couillard: ...qu'il y a eu plusieurs exemples contraires de l'autre côté, mais je lui pardonne parce que je l'aime bien, le député de Borduas et je trouve que c'est quelqu'un de passionné et d'intense, et on apprécie ça dans notre société.

Le Président (M. Copeman): Oui, comme notre collègue le président de l'Assemblée nous dit parfois: À la question posée, M. le ministre.

M. Couillard: Bon. parlons de la question plus large des négociations sur les arrangements financiers avec le gouvernement du Canada. Et là il faut tout de suite noter la tactique habituelle de l'opposition, du Parti québécois, qui est, lors des périodes de négociations ou dans les périodes prébudgétaires, d'amener un contexte d'échec appréhendé, et je reviendrai là-dessus. On crée une situation où on a une cible, où on imagine une cible qui, par définition, n'est pas toujours atteinte, donc on peut réclamer l'échec à ce moment-là du parlementarisme et du fédéralisme canadien. C'est une technique qui est bien connue, cousue de fil blanc et à laquelle on est bien habitués, à laquelle on est très habitués.

Rappelons, sur le plan de la santé, l'entente pour la santé qui a donné 4,2 milliards de dollars au Québec, avec une reconnaissance historique sur l'asymétrie de la fédération canadienne, alors que le gouvernement du Parti québécois avait accepté des fonds ciblés sans reconnaissance. Ils n'avaient même pas demandé la reconnaissance de cette asymétrie et le respect des juridictions lors de l'entente, je crois, de 2001.

Au milieu de tout ça, ce qu'on entend, c'est que, oui, c'est terrible. Le Canada fait des surplus. C'est intéressant, M. le Président, je le remarque à plusieurs reprises. Je veux encore une fois en faire la remarque, aujourd'hui, il semble que maintenant la raison pour laquelle nous devons d'urgence quitter le Canada, c'est qu'il s'agit d'un pays riche. On se souvient qu'en 1995 la raison pour laquelle nous devons d'urgence quitter le Canada, c'est que c'était un pays en banqueroute, en déficit. Alors, on ajuste l'argumentaire selon l'évolution de l'économie sans véritablement développer un argumentaire solide pour sous-tendre l'idéologie centrale de l'opposition.

Le déséquilibre fiscal, oui, existe. Il faut d'ailleurs placer cette question du financement de la santé dans le contexte beaucoup plus large du déséquilibre fiscal. Je rappelle ce que le premier ministre a déclaré à plusieurs reprises, au cours des derniers jours, des dernières heures, c'est que c'est sous la gouverne du Parti québécois que le déséquilibre fiscal a littéralement apparu et s'est creusé. Et à l'époque, le premier ministre, M. Bouchard — on a des citations — disait qu'il n'entendait pas intervenir pour rétablir la situation.

La question du déséquilibre fiscal, elle masque deux éléments. Elle masque d'une part le fait que nous sommes déjà bénéficiaires de la fédération canadienne. Les comptes publics montrent que le Québec récolte au moins 2 milliards ou 3 milliards par année de plus qu'il ne contribue à la fédération canadienne. Pourquoi? Parce que nous bénéficions de la richesse de ce grand pays, particulièrement dans ses régions riches en combustibles fossiles, dirons-nous, qui permettent d'être distribués par la suite dans le reste du pays. Il est clair que l'abandon de la citoyenneté canadienne et l'abandon de l'appartenance à la fédération canadienne apportent un cul-de-sac et l'impossibilité d'améliorer cette situation-là.

Donc, un état de fait où nous sommes déjà bénéficiaires de la fédération canadienne, et on veut améliorer la situation et non pas une situation où le Québec serait humilié ou exploité dans la fédération canadienne. C'est toujours le type de discours qu'on entend.

Ai-je déjà terminé, M. le Président, parce que je voulais en arriver à la fin? Parce que je vous vois faire des gestes...

Le Président (M. Copeman): D'impatience un peu, M. le ministre, parce que... Écoutez, nous sommes convenus de tenter de faire des échanges de 20 minutes questions-réponses. Ma compréhension des choses, c'est que, malgré le fait que c'est votre loisir de le faire, si le député de Borduas pose une question pendant une minute puis vous répondez pendant 19, c'est un peu déséquilibré en termes de l'utilisation du temps. Alors, allez-y, M. le ministre, en conclusion, s'il vous plaît.

M. Couillard: Bon. D'accord, mais on s'entend également que le plus monothématique la question sera, le plus monothématique la réponse sera également.

Maintenant, pour revenir, donc je termine sur la question du déséquilibre fiscal. On y reviendra, on aura l'occasion d'y revenir souvent dans cette commission, parce que c'est un des gros éléments de contradiction dans l'idéologie de l'opposition, du Parti québécois.

Alors, effectivement, le budget fédéral va être déposé aujourd'hui. Moi, je n'ai aucun préavis ou notion de ce qu'il contient. Je me souviens cependant que la question des garanties d'accès fait partie des cinq priorités du gouvernement actuel à Ottawa, et on verra si, dans le budget, il y a des gestes correspondants. Mais, moi, je la place beaucoup plus dans le cadre des conversations à venir sur le règlement du déséquilibre fiscal qui va améliorer la situation générale de financement des services publics au Québec, qui est menacé non pas à cause de l'injustice de la fédération canadienne envers le Québec ou d'une situation d'humiliation quelconque qu'on essaie du côté de l'opposition de recréer à chaque fois que c'est possible, mais parce que, entre autres, au Québec, on a une dette extrêmement lourde, beaucoup plus élevée qu'ailleurs, qu'on s'est doté de programmes sociaux extrêmement généreux. C'est une bonne chose, ça témoigne de notre solidarité, mais ça a diminué de beaucoup nos marges de manoeuvre.

Vous savez, M. le Président, les provinces les plus riches du Canada, elles n'ont pas de garderies à frais réduits, elles n'ont pas d'assurance médicaments presque universelle comme celle dont nous nous sommes dotée, et c'est une réalité qui est implacable. On a fait ces choix collectifs. On en est heureux, on en est fier, mais il faut également qu'on en assume notre part de responsabilités.

Donc, on verra si, sur le plan de la santé, aujourd'hui, dans l'annonce du gouvernement fédéral, il y a des annonces particulières. Moi, je crois personnellement que, pour créer ces garanties d'accès, un geste préalable essentiel, c'est le développement assez rapide d'outils de mesure correcte du phénomène. On ne peut pas régler un phénomène qu'on ne mesure pas correctement. Alors, souvent dans mes échanges avec les collègues du gouvernement fédéral et des autres provinces, on est tombés d'accord là-dessus. On a convenus qu'avant d'aller plus loin dans le développement des garanties d'accès, il fallait absolument s'assurer de mesurer correctement le phénomène, et j'espère qu'on verra si ce sera le cas à ce budget ou plus tard dans l'année.

J'espère qu'on pourra, dans le même esprit que ce qu'on a fait récemment avec Inforoute Santé du Canada, organisme auquel le PQ avait refusé d'adhérer — on y reviendra également — on pourra, dans le cadre de cet organisme-là également, faire progresser notre mesure, avec des technologies de l'information les plus récentes,

du phénomène d'attente, parce qu'on sait que le phénomène réel de l'attente est très mal mesuré actuellement au Québec, comme ailleurs d'ailleurs au Canada, et c'est ce que nous espérons voir mais non seulement dans le budget à court terme, non seulement dans les conversations en cours, mais dans les prochaines années, dans le cadre de l'appartenance à la fédération canadienne dont nous assumons pleinement les bénéfices et les responsabilités et qui n'est non seulement pas un échec, mais un grand succès pour le Québec, et non pas une source d'humiliations ou d'exploitation, comme on essaie de le faire croire, mais une source de fierté et de progrès pour tous les Québécois.

● (10 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): Merci. M. le député de Borduas.

Écart entre les dépenses probables et le budget de dépenses

M. Charbonneau: Je contiens un peu ma colère parce que, vraiment, là, j'ai l'impression que je vais me faire avoir, là, pendant 15 heures. C'est-à-dire je vais poser, je ne sais pas, peut-être une dizaine de questions pendant ces 15 heures là, une douzaine de questions et puis je n'aurai pas de réponse puis, en plus de ça, j'aurai tout... il n'y aura pas d'échange.

Si c'est ça, de la reddition de comptes, puis si c'est pour ça que les patriotes se sont battus, je pense que le ministre devrait retourner à ses livres d'histoire puis essayer de voir un peu la philosophie qui inspirait les gens qui se sont battus pour qu'on ait une démocratie puis que le parlement soit le lieu où on fait la reddition de comptes.

S'il veut prendre tout le temps pour nous parler de la pluie puis du beau temps. Moi, je n'ai pas parlé du système politique, là, puis du système fédéraliste, j'ai parlé du besoin de fonds, je lui ai parlé de son engagement politique en santé, de mettre 8,9 milliards dans le mandat, du fait qu'on aurait dû en avoir 7,3 de mis actuellement. Il y en a eu 4,2 selon sa version, 3,9 selon la nôtre, mais je lui ai dit qu'on ne se chicanera pas. Il en manque, selon sa version, 3,1 par rapport...

Alors, je n'ai pas eu de réponse, très bien. Et je pense que les citoyens qui suivent l'exercice, ils vont finalement voir que... Ce matin, un chroniqueur politique disait que le ministre était le maître de l'illusion, et c'est peut-être aussi le maître de noyer le poisson et puis finalement de ne pas répondre aux questions, de tourner autour du pot, puis de ne pas aller au coeur des discussions.

Je vais lui poser une question précise dans ce cas-là, plus précise et plus claire, plus simple, peut-être que celle-là, on va avoir une réponse. Je l'avais posée lors de l'étude des crédits provisoires puis je n'avais pas eu de réponse. On avait à ce moment-là signalé que, dans le budget 2005-2006, on avait prévu un budget de dépenses de 20 862 000 000 \$ et on avait constaté que les dépenses probables étaient de 20 812 000 000 \$, donc il y avait un 50 millions qui manquait. Puis on avait posé la question: Où est-ce qu'il est passé, ce 50 millions là? Est-ce qu'on pourrait avoir une réponse aujourd'hui?

M. Couillard: ...oui — je m'excuse le micro n'était pas... n'avait pas débuté. Je demanderais, brièvement...

je comprends. Puis je vais être très direct maintenant. Si les questions sont directes, les réponses seront directes également. Juste lui dire que le chroniqueur politique dont il parle n'a pas eu des mots durs pour lui, alors il est peut-être prudent envers...

M. Charbonneau: ...une carapace, vous savez. Avec les années.

M. Couillard: Alors, effectivement, il y avait un écart d'ailleurs que le député de Borduas a souligné. Et, si on regarde la page 1 du cahier explicatif, on va y avoir accès parce que l'explication se trouve là. Je vais attendre que le député de Borduas me fasse signe qu'il est devant la feuille en question. Oui.

Alors, on voit que les crédits originaux étaient à 20 862 000 000 \$. Là-dessus, il y a eu un transfert de juridiction qui explique presque totalement le 45 543 000 \$ qui est là. En gros, il s'agit du transfert à l'OPHQ des entreprises de travail adapté et d'autres transferts de juridiction. Donc, voici une première explication.

Il y a un ajout à la hausse ensuite, qu'il voit, 17 826 000 \$, qui est une augmentation des contributions... pas une augmentation, mais un ajustement des contributions d'employeurs au régime de retraite. Donc, c'est une augmentation des dépenses de ce côté-là.

Il y a eu des ajustements à la RAMQ pour 38 millions. Et c'est la même chose chaque année, le député le sait très bien, depuis les années où il fait les crédits, les crédits qui sont les crédits permanents de la RAMQ sont toujours ajustés aux dépenses réelles.

Et il y a eu également des crédits reportés pour 3,7 millions de dollars, pour en arriver à la dépense réelle qui est là.

Alors, ce 50 millions, ce n'est pas de l'argent qui n'a pas été dépensé pour les services, c'est des ajustements de crédits tout à fait normal par transferts de juridiction, ajustement des régimes de retraite, ajustement de la Régie de l'assurance maladie du Québec, et autres éléments.

M. Charbonneau: ...M. le Président, parce que, dans... Ce qui vous permet cette année d'afficher une performance sur les chiffres intéressante, c'est que vous avez mis le 343 millions d'équité salariale. Déjà, si vous enleviez ça, vous auriez un niveau d'investissement... l'an dernier, c'était 826 millions, donc la marge ne serait pas très grande, c'est 133 millions de plus que l'an dernier. Mais là, dans le fond, vous l'avez financé comment? En prenant un 141 millions de la fiducie, qui était prévu pour l'attente et puis vous la consacrez à ça? Puis, deuxièmement, vous indiquez qu'il y a un 175 millions pour la troisième tranche pour soutenir le retour à l'équilibre fiscal que vous retardez.

Est-ce qu'on peut s'entendre que, n'eût été de ces deux éléments-là, finalement votre problème financier serait encore plus important? Et c'est pour ça que je vous posais la question, là, très, très, très franchement, là. Vous avez besoin de sommes additionnelles. Et contrairement à votre collègue de l'Éducation, qui a chiffré ce qu'il attendait du gouvernement fédéral pour l'enseignement supérieur et pour l'éducation, vous, vous n'êtes pas capable de nous dire aujourd'hui à quoi vous vous attendez puis qu'est-ce que vous exigez pour livrer la marchandise et faire en sorte que finalement vous

soyez en mesure d'injecter dans le système des sommes additionnelles importantes, là.

Mais je fais cette remarque-là parce que de toute façon... je l'avais faite aux crédits provisoires et puis, comme je n'avais pas de réponse, je ne m'attends pas d'en avoir aujourd'hui.

Mais là le ministre voulait aborder la question des urgences...

Une voix: ...

M. Charbonneau: Il nous reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Très peu de temps, je pense, puis ce serait mieux d'aller... de rester sur un sujet. Après ça, je vais aller à Mme la députée de Lotbinière, à ma droite, puis ça va revenir.

M. Charbonneau: Bien, écoutez, c'est parce que j'aurais voulu aborder... mais je ne sais pas si... Le ministre a commencé à répondre à un des thèmes que j'avais abordés dans mes remarques préliminaires, la question des urgences. J'aurais voulu qu'on s'y engage pour... Mais il me reste combien de temps, là?

Le Président (M. Copeman): Une minute ou deux. Je pense, honnêtement, ça ne vaut pas la peine de...

M. Charbonneau: On peut s'entendre qu'on fera un bloc quand je reviens sur la question de l'attente pour les urgences, puis...

Le Président (M. Copeman): Absolument.

M. Charbonneau: Ça va.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, Mme la député de Lotbinière.

Retrait d'un service d'ambulance à Laurierville

Mme Roy: M. le Président, je saisis la première occasion qui m'est permise pour m'adresser à vous d'un sujet qui est peut-être plus particulier mais qui est brûlant, qui est brûlant chez nous, M. le Président: c'est le retrait d'un service d'ambulance à Laurierville.

C'est une ambulance qui desservait le secteur depuis 50 ans. Ce n'était même pas un horaire de faction parce que c'est... Ce qu'on demande, de retirer les horaires de faction pour avoir des heures, c'était un horaire 24 heures sur 24, sept jours sur sept. M. Couture a desservi les citoyens de mon comté, a fait plusieurs appels, puis, hier, avec la permission du ministre, on lui retire son permis d'ambulance par huissier. Je pense que c'est un peu odieux de traiter nos partenaires comme ça. M. Couture n'a jamais eu la moindre raison, sauf de prétendre que c'est pour le bien-être du public que de retirer une ambulance. Il y a sept ambulances sur mon territoire de 3 300 km. Il va dorénavant y en avoir six. Prétendre que les ambulanciers qui sont là, à six, vont mieux desservir un énorme territoire qu'ils le faisaient à sept, je pense qu'il y a une aberration qu'on ne peut pas soutenir ici.

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

M. Couillard: M. le Président, je remercie la députée de Lotbinière pour sa question, et évidemment on va être prudent parce qu'il s'agit du cas d'une entreprise particulière, et on n'ira pas trop dans les détails, et la députée le comprendra.

Mais faisons d'abord le bilan de cette région. On sait qu'il y a deux autres entreprises qui sont affectées dans la même zone pour cette population de plus de 26 000 personnes, soit un quart de faction à Lyster puis deux à Pleissisville, et il y avait l'Ambulance Jacques Couture, qui était en horaire de disponibilité. Il faut savoir, M. le Président, et je suis certain que la députée de Lotbinière le sait, et si elle ne sait pas, on lui donnera les précisions peut-être hors débat sur le plan des précisions nécessaires, que l'entreprise en question a été plusieurs fois ramenée à l'ordre par l'agence régionale pour qu'elle assume ses responsabilités contractuelles — plusieurs fois.

Alors, ça n'a pas été fait, et il y a eu en fait une rupture de services, et l'entreprise a refusé de parapher le nouveau contrat de services ambulanciers. Alors, c'était une recommandation de l'agence régionale, et c'est eux qui sont les meilleurs juges dans la question. Mais je donnerais... j'indiquerais à la députée de Lotbinière la nécessité de la plus grande prudence parce que la situation n'est pas aussi simple qu'il ne le paraît, de la façon dont elle a été présentée. Il y a eu, avant la décision de l'agence régionale entérinée par moi-même, une succession d'interventions pour que l'entreprise en question respecte ses obligations contractuelles, et ça ne s'est pas fait.

Mme Roy: Peu importe ce qui a précédé, M. le Président, au net, la population, dans cette section-là, va avoir une ambulance de moins. On parle d'une population de 26 000, oui, mais il faut aussi parler des distances qu'il y a entre chacune de ces municipalités-là et du fait que c'est probablement impossible de ne pas avoir de bris de couverture dans ce secteur-là. Je connais bien le secteur pour le parcourir à toutes les fins de semaine, M. le Président, et c'est impossible qu'il n'y ait pas de bris de services dans cette section-là, premièrement, et, deuxièmement, il faut prendre en compte que, dans le monde rural, il y a beaucoup plus de personnes âgées de 65 ans et plus, et qu'à partir du moment où l'appel est fait il faut aussi se rendre à l'hôpital qui est plus éloigné que dans d'autres régions.

Je peux vous dire avec assurance qu'une ambulance qui vient chercher quelqu'un en 30 minutes dans certains cas, c'est un exploit. Il doit le ramener à l'hôpital, et souvent c'est une heure de délai. C'est donc une heure et demie de délai entre le moment où on appelle le 911 et le moment où on met les pieds dans l'urgence. Je pense qu'il faut être précis. Les statistiques ici mentent parce que les statistiques qui sont globales, de la ville de Trois-Rivières, Shawinigan incluse, à huit minutes pour les appels d'urgence, c'est leur délai, et 30 minutes en zone rurale. Quand on met les statistiques toutes confondues, je pense que les statistiques mentent et que les personnes de la section de L'Érable n'ont pas le service qu'ils devraient avoir.

● (10 h 40) ●

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

M. Couillard: M. le Président, je comprends la préoccupation de la députée de Lotbinière, ça l'honore

d'ailleurs la préoccupation pour ses concitoyens, mais je voudrais quand même lui faire remarquer quelque chose: c'est la première fois que moi-même, comme ministre, ou même des ministre précédents, en souvenir, posent ce geste. Ça fait très longtemps que ça ne s'est pas produit, un geste semblable. Alors, l'aspect exceptionnel du geste devrait lui indiquer la sévérité des problèmes sous-jacents, et encore une fois, je n'entre pas dans les détails, elle pourra le faire sur une base confidentielle, si elle le désire, et on pourra lui expliquer en fait ce qui s'est passé.

Et lorsqu'elle dit: Peu importe ce qui a précédé, moi, je ne suis pas d'accord, là, ce n'est pas une façon de gérer des comptes publics puis de gérer des systèmes publics. On ne peut pas dire peu importe ce qui a précédé. On ne peut pas entériner puis blanchir des... je dirais, des manques d'obligations contractuelles pour la raison qu'il y a une population qui est un peu tenue en otage par l'entreprise en question.

Alors, ce que je dirais, moi, c'est que, d'abord, un, l'entreprise a des recours, elle peut l'exercer. Deuxièmement, s'il y a d'autres entreprises de sa région — et je l'engage à soulever des projets — qui elles vont entrer en relation contractuelle avec l'agence régionale et remplir leurs obligations, on est très ouverts à regarder ça. Mais on ne regardera pas... on n'aura pas un autre problème semblable, là. Et je pense qu'encore une fois l'aspect exceptionnel du geste devrait l'amener à considérer que les circonstances sont exceptionnelles, et je l'assure que les gens à mon cabinet seront disponibles pour lui donner des exemples précis de ce dont nous parlons actuellement.

Mme Roy: Sans admettre d'une part ou de l'autre la compétence ou l'efficacité du service, là, je ne veux pas, comme vous le dites, entrer là-dedans, mais ce que Laurierville avait une ambulance. J'ai compris que vous êtes ouvert à ce qu'on retrouve un autre véhicule, parce que, moi, ce que je défends, c'est le service aux citoyens qui est diminué. C'est ma position. Si vous êtes ouvert à ce qu'on mette une autre ambulance, peu importe laquelle, à Laurierville, je prétends que la population va avoir le même service, un service équivalent ou mieux, mais ça va me satisfaire.

M. Couillard: Je répète, M. le Président, ce que j'ai dit. Effectivement, parlons pas d'ambulance, parlons d'entreprise, là, s'il y a une entreprise différente qui veut entrer en relation contractuelle avec l'agence pour le même territoire et s'engager à respecter ses obligations contractuelles, on va être très content de l'accueillir puis de discuter avec elle. Alors, comme député, je pense qu'elle a un rôle — elle le sait d'ailleurs, je suis certain qu'elle va le jouer; un rôle — de moteur et essayer de voir, de susciter des projets ou des demandes de rencontre avec l'agence régionale par d'autres entreprises.

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

Résultats des actions entreprises dans la lutte contre le cancer

Mme Legault: Merci, M. le Président. Permettez-moi d'abord de saluer mon collègue le ministre de la Santé

et des Services sociaux, les membres du cabinet, évidemment toute l'équipe sous-ministérielle qui est avec nous aujourd'hui, mes collègues parlementaires.

Je souhaite aborder un sujet assez précis, M. le Président, qui est celui de la lutte au cancer. C'est une maladie, une terrible maladie, la lutte au cancer, qui nous touche tous un jour ou l'autre, je pense. C'est sûr les malades au premier chef mais les membres aussi des familles des malades et des amis des malades. Et, moi, j'ai perdu récemment un ami très, très cher, il y a quelques semaines, qui s'est battu justement contre sa leucémie pendant trois ans, et puis Pierrot a perdu son combat bien sûr, mais, tout au long de sa maladie, il a été accompagné d'une équipe médicale notamment extraordinaire.

Et je sais que la lutte au cancer, c'est une priorité pour notre gouvernement. Je sais que, comme Pierrot, il y a à peu près 38 000 personnes qui, à chaque année, qui se font diagnostiquer d'un cancer. On sait tous que le vieillissement de la population est un facteur très certainement. Mais je sais aussi qu'on attribue des sommes importantes, je pense que c'est près de 10 % du budget de la santé qui est dépensé pour la mise en place du plan d'intervention pour la lutte contre le cancer.

Et, M. le ministre, j'aimerais que vous nous décriviez quels sont les résultats concrets qu'on obtient à ce jour avec cette lutte et ce plan d'intervention. Et quel est l'état de situation aussi de l'accès aux services de radio-onco, de chirurgie? Et est-ce que justement cet accès s'est amélioré de façon significative, probante pour l'ensemble des Québécois et Québécoises?

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

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Il s'agit d'un dossier extrêmement important, et d'ailleurs une des quatre priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux depuis le début du mandat actuel du gouvernement. Et on sait qu'il s'agit maintenant de la première cause, et, au Québec, on est un des premiers endroits au Canada où le cancer, maintenant, devient la première cause de mortalité, plus que les maladies cardiovasculaires.

Et là il y a une petite parenthèse à ouvrir: la raison pour cela. Pourquoi sommes-nous les premiers au Canada à avoir un taux de cancer qui dépasse les maladies cardiovasculaires? C'est à cause, en grande partie, d'une incidence très élevée de cancer du poumon, elle-même due au phénomène du tabagisme dans notre société, qui est plus marqué qu'ailleurs. Alors, ça valide les efforts de lutte contre le tabagisme d'ailleurs autour de la loi qui a été adoptée à l'unanimité avec l'opposition et l'ADQ pour le contrôle du tabac dans les lieux publics.

Donc, effectivement, 38 000 nouveaux cas de cancer par année. On estime qu'environ 50 % de ces nouveaux cas vont avoir besoin de traitements de radiothérapie. Alors, le plan d'action actuel, les premiers volets du plan d'action et de la stratégie pour le cancer sont en place actuellement, et, si on parle spécifiquement de la radiothérapie, ça s'articule de la façon suivante. D'abord, il y a une meilleure articulation, hiérarchisation des services, avec bien sûr les corridors de services, où on s'assure que chaque malade qui arrive à la zone des délais reconnus pour le cancer se voie offrir une solution d'abord à son établissement et également dans d'autres

établissements québécois où il peut être acheminé aux frais de l'État, avec des services d'hôtellerie que d'ailleurs nous avons développés avec la Société du cancer; organisation des services, également, qui consiste en la mise en place d'infirmières pivots, d'équipes locales, d'équipes régionales d'excellence pour la prise en charge du cancer et le déploiement de la technologie.

Mais, avant de parler de la technologie, je parlerais également des ententes avec le personnel, les technologues de radio-oncologie, d'ailleurs avec lesquels nous avons établi une bonne relation pour augmenter le nombre de patients qui sont traités en radiothérapie au Québec par une entente particulière sur le temps supplémentaire, qui d'ailleurs est en place dans plusieurs établissements du Québec et que nous allons poursuivre de façon à maintenir et même améliorer le niveau d'accessibilité. On sait qu'on est passé d'une situation où il y avait des centaines de patients en attente de plus de huit semaines pour la radiothérapie pour maintenant être dans une situation où maintenant on peut viser quatre semaines d'accès, ce qui est le délai médicalement reconnu pour la plupart des situations de cancer. Il faut se souvenir que le cancer, ce n'est pas une maladie, mais littéralement des centaines de situations cliniques différentes qui varient selon le cas.

Mais, pour la radiothérapie spécifiquement, il faut également planifier le déploiement des accélérateurs linéaires, des machines de radiothérapie au cours des prochaines années, et on voit qu'il y a des exemples actuels et de remplacement d'appareils et d'ajout d'appareils de radiothérapie, parce qu'effectivement pourquoi il est arrivé ce qui est arrivé pour la radiothérapie au début des années 2000? Ce n'est pas par, nécessairement, manque de bonne volonté ou négligence envers le cancer de l'opposition qui était alors au gouvernement, mais on a oublié de faire face à la conséquence du vieillissement de la population, qui était une augmentation rapide de la demande de soins, puis on s'est fait prendre en retard sur le plan du nombre d'appareils disponibles, notamment, avec les conséquences que l'on sait. Et, lorsque je suis intervenu là-dessus avec le député de Borduas... D'ailleurs, on ne peut critiquer l'ancienne députée de Taillon, Mme Marois, d'avoir envoyé des patients aux États-Unis, il fallait le faire pour les traiter. Mais c'est la situation créée qu'il faut rappeler et montrer maintenant les démarches que nous prenons pour empêcher qu'elle ne se reproduise.

Alors, d'abord, les nouveaux accélérateurs. En 2006-2007, il y a un nouvel accélérateur au CHUM, pour un total de 12, un nouveau à Sherbrooke, pour un total de quatre, un nouveau à Chicoutimi, pour un total de trois, un accélérateur en Outaouais, pour un total de trois, trois accélérateurs à Maisonneuve-Rosemont — j'y étais il y a deux semaines d'ailleurs — un investissement de plus de 30 millions de dollars pour un agrandissement du service de radio-oncologie, pour un total de huit — on sait que l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est un de nos centres les plus actifs en radio-oncologie — un à l'Hôpital général juif, pour un total de trois, et la grande nouvelle des derniers mois, c'est le développement — et je sais que le député de Borduas, comme député de la Montérégie, accueille cela très favorablement; c'est le développement — d'un centre intégré de cancer à l'Hôpital Charles-LeMoine avec, là, six accélérateurs linéaires de façon à rendre la région de la Montérégie presque entièrement autosuffisante pour le traitement du cancer.

C'est intéressant de s'attarder sur cette question, parce que, lorsqu'on parle d'inéquité interrégionale, il faut l'envisager sous deux angles: d'abord, l'angle des dépenses de fonctionnement, et on sait qu'on aura l'occasion d'en reparler, on est en voie d'améliorer progressivement ce phénomène d'inéquité, mais également sur la base des infrastructures. Alors, c'est quand même assez curieux — et on s'en fait la remarque quand même, on nous le permettra — qu'une population de 1,2 million de dollars qui était, il faut le dire, lourdement — et j'emploie le terme «lourdement» non pas physiquement, mais au figuré; lourdement — représentée au gouvernement précédent par le premier ministre, le ministre de la Santé, le député de Borduas, où des centaines de patients, littéralement, doivent traverser les ponts pour aller se faire traiter en radiothérapie, en radio-oncologie à Montréal. Alors, le fait d'aménager ce centre-là à Charles-LeMoine va permettre donc à la Montérégie d'être autosuffisante ou presque pour le traitement du cancer, et il y a littéralement des centaines de personnes de moins — et on peut en ajouter, même, si on inclut les familles et les proches qui accompagnent les patients pour les traitements — qui auront à se déplacer pour les traitements de radio-oncologie, ce qui va améliorer la situation des listes d'attente sur l'île de Montréal, parce qu'il y a un pourcentage très élevé, on me disait qu'au CHUM c'est de 30 % à 40 % des patients qui viennent de la Montérégie. On voit tout de suite l'impact que ça va avoir.

● (10 h 50) ●

Et on n'en reste pas là, on est également en réflexion maintenant pour le développement d'un centre de radio-oncologie à la couronne nord Montréal. D'ailleurs, ce n'est pas indépendant du phénomène des urgences dont on va parler dans quelque temps. Un des problèmes des urgences à Montréal, parce qu'on voit que c'est presque exclusivement à Montréal que le problème est difficile à améliorer de façon aussi rapide qu'on le voudrait, un des problèmes là, c'est le manque d'autosuffisance des couronnes par l'iniquité historique, notamment les infrastructures et les budgets de fonctionnement, qui fait que de nombreux patients doivent se déplacer sur l'île de Montréal pour des traitements qui pourraient fort bien être assurés en Montérégie et dans la couronne nord de Montréal. Donc, il y a un lien entre le développement de ce centre de radio-oncologie, un phénomène d'accès aux soins et également iniquité interrégionale.

On a également des projets de remplacement d'appareils. Un appareil va être remplacé à McGill, deux à Chicoutimi, un à Québec et un également à Gatineau. Donc, on maintient nos appareils non seulement en nombre, on les augmente et de façon importante, mais également on remplace ceux qui sont en état de désuétude. Et à cela on pourra annoncer — on aura l'occasion d'en reparler tantôt — on pourra parler du déploiement des tomographes à émission de positrons, qui se déploient très rapidement au Québec. Le Québec est actuellement une des provinces canadiennes, sinon la province canadienne où la technologie va devenir le plus accessible pour cette question des examens en tomographie à émission de positrons. D'ailleurs, je crois savoir que bientôt il y aura une annonce de faite pas loin d'ici, là, à ce sujet-là, mais on verra qu'est-ce qui en est prochainement.

Donc, qu'est-ce qu'on a comme situation actuelle

pour l'attente? Et ça, on a la chance — d'ailleurs, je parlais des outils d'information, des outils de mesure — la radio-oncologie, on a la chance d'avoir là un outil informatique, qui avait été débuté d'ailleurs sous le gouvernement précédent, qui s'appelle le SGAS. Je pense que le système de gestion d'accès aux services, c'est ce que ça veut dire. Ça nous permet de mesurer, si on veut faire, pour le reste des chirurgies, la situation d'attente exacte et la mobilité des patients. Alors, et en radio-oncologie et en cardiologie tertiaire, on dispose de ce projet-là qui nous permet de voir qu'en moyenne, au Québec, actuellement, maintenant, 89 % des patients sont traités en dedans des quatre semaines requises. Et bien sûr il y a des régions qui font très bien, je parle, par exemple, à Chicoutimi où 100 % des patients sont traités, à Rimouski, 95 %, à Trois-Rivières, 97 % des patients sont traités en temps opportun, 92 %... Donc, on est vraiment dans la direction d'atteinte de cette cible de traitement de quatre semaines pour la radiothérapie.

Et, si, lors de l'annonce du document en réponse au jugement Chaoulli, on a fait une distinction entre les procédures liées au cancer et à la cardiologie tertiaire, donc des situations dans lesquelles la vie des gens est menacée et les autres, c'est que clairement on a confiance — et on a des données pour le prouver — que notre système public de santé est en mesure, en continuant les actions en cours, de répondre à la situation et de traiter, et en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie, les patients et les malades à l'intérieur d'un délai requis.

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

Orientations relatives aux soins palliatifs

Mme Legault: Une question complémentaire sur le même sujet, M. le ministre, c'est la question des soins palliatifs. Vous avez lancé une politique, là, sur les soins palliatifs, les soins de fin de vie. Est-ce que vous pourriez nous décrire un peu quelles sont vos orientations en cette matière?

M. Couillard: Mais effectivement, M. le Président, évidemment on ne peut pas tout faire lorsqu'on a une période au gouvernement, et le gouvernement précédent n'avait pas adopté de politique en soins palliatifs. Je ne leur en fait pas le reproche parce qu'il y a tellement de sujets à développer, là, dans le système de santé que je suis certain qu'éventuellement ça aurait été fait. Mais on l'a fait, nous, en avril 2004. Pourquoi? Parce qu'il y avait une situation que je qualifierais amicalement, là, d'anarchie dans ce système de soins palliatifs, notamment pour les maisons de soins palliatifs. C'est un phénomène que certainement le député de Borduas connaît très bien. Il y a eu éclosion ou il y avait éclosion de maisons de soins palliatifs un peu partout au Québec sans vraiment que ce soit dans le cadre d'une organisation de services ou que ce soit planifié.

Et pourquoi c'est important que ça en soit ainsi? C'est que d'abord il faut attacher le financement des maisons de soins palliatifs et qu'il y a des régions, par exemple, où une maison de soins palliatifs n'est pas nécessairement la meilleure solution. Probablement pas dans les régions urbaines ou densément peuplées, comme

la région du député de Borduas, mais pour d'autres régions plus lointaines où les communautés sont distantes les unes des autres, c'est probablement pas mal mieux de traiter les gens à domicile le plus possible que de les envoyer dans une maison de soins palliatifs à des dizaines, parfois même une centaine de kilomètres du domicile de leur famille. Alors, il faut adapter donc la situation à chaque région.

Donc, la politique vise à favoriser l'équité dans l'accès des soins palliatifs, que ce soit au domicile, dans un établissement — on sait qu'il y a des lits de soins palliatifs dans certains CHSLD, ou même dans certains centres hospitaliers, ou dans des maisons spécialisées de soins palliatifs — et il y a actuellement des projets en cours à ce sujet. La politique préconise le maintien de la personne dans son milieu naturel. Et d'ailleurs souvenons-nous que tantôt, dans les 10 millions alloués pour le cancer, je mentionnais qu'une partie de l'argent va servir à augmenter le nombre d'infirmières pour les soins palliatifs. Il faut maintenant coordonner ces services, s'assurer que c'est dans le cadre d'un plan régional également et que la mise en oeuvre se poursuit.

Alors, on a également élaboré un comité qui est d'abord un plan de mise en oeuvre de la politique qui est actuellement en place. Il y a un forum de discussion sur le Web qui a été mis en place pour favoriser les échanges de meilleures pratiques entre les différents partenaires, assurer la cohérence des activités. Et, dans un esprit de reddition de comptes, des cibles ont été fixées et pour la question des lits de soins palliatifs et pour la question du soutien à domicile.

Il y a un projet, M. le Président, que je ne peux passer sous silence, et je suis certain que l'ensemble des parlementaires va l'accueillir avec beaucoup d'enthousiasme et même l'opposition, je crois, c'est le projet de la Maison Le Phare, qui va être bâtie dans l'est de Montréal, avec beaucoup d'ailleurs de collaboration et de financement du secteur privé pour ce qui est de l'immobilisation. C'est la première maison de soins palliatifs au Québec pour la clientèle des enfants, la clientèle pédiatrique. Et d'ailleurs il y a des spécialistes québécois qui sont en train actuellement de mettre sur pied le premier guide d'intervention en soins palliatifs pédiatriques au Canada, qui va être développé chez nous, au Québec.

Alors, ça va être utilisé d'abord non seulement pour les cas de cancers pédiatriques, mais également pour d'autres cas de maladies chroniques chez les enfants, par exemple, les maladies pulmonaires ou d'autres questions. Les bénévoles bien sûr jouent un rôle essentiel dans ces maisons de soins palliatifs, et c'est toujours impressionnant... moi, j'ai la plus grande admiration, quand je visite ces maisons-là, de voir les conditions dans lesquelles ils accomplissent cette mission, là, tout à fait extraordinaire.

Mon père, dont je parlais il y a quelque temps, est mort dans ce qu'on appelle une unité de soins palliatifs d'un établissement public. Bon. Les gens faisaient leur possible, mais ce n'était pas l'environnement, disons-le, où on souhaite finir nos jours, et j'aurais préféré qu'il les finisse à domicile, mais c'était trop dur pour ma mère, trop lourd pour elle pour s'en occuper, dans les derniers jours surtout, et il n'y avait pas vraiment d'accès à une maison de soins palliatifs à ce moment-là. Donc, on voit qu'il faut diversifier les solutions, et ce genre de situation que ma famille a vécue, tous les jours actuellement il y a des familles québécoises qui ont à les vivre, surtout dans

les jours littéralement, et même les heures qui précèdent le décès.

Au Québec, si on fait un bilan de l'état actuel de la situation, il y a 15 maisons de soins palliatifs en opération, une centaine de lits. Il y a 10 places en centre de jour à la Maison Michel-Sarrazin. C'est intéressant, la maison, je suis certain que le député est peut-être allé la visiter, la Maison Michel-Sarrazin, où ils ont ajouté à la maison elle-même un centre de jour de façon à ce que les gens qui s'acheminent vers la période palliative aient déjà un contact avec les équipes et puissent rester dans leur communauté.

Il y a 12 projets en élaboration actuellement dans les différentes régions du Québec, pour un total de 107 lits additionnels. Et là-dessus je veux être bien clair, M. le Président, les nouveaux projets ne sont accueillis au ministère que s'ils cadrent dans la planification régionale de la mise en oeuvre de la politique de soins palliatifs et qu'on a déjà donc confirmé la question du financement, qui est le nerf de la guerre comme dans tous les domaines du système de santé, et on a développé une approche basée sur le partenariat. Donc, les maisons obtiendront un financement public des agences pour les services professionnels et sur la question des infrastructures, du maintien des actifs immobiliers; c'est les partenaires de la communauté, notamment de l'entreprise privée, mais également de la population qui est toujours très généreuse pour les soins palliatifs. Cette composante des services professionnels, on évalue qu'elle représente environ 60 % du budget d'opération d'une maison de soins palliatifs.

Alors, il y a également plusieurs projets en cours actuellement. On sait que les maisons devront se doter d'un code d'éthique, d'une politique de gestion des dossiers, d'un protocole de gestion des narcotiques, politique de gestion des déchets biomédicaux, transport ambulancier, examen des plaintes, l'encadrement des bénévoles, un processus de reddition de comptes.

Et j'ajouterais également que le statut, c'est un autre élément qui est important. On a constaté que le statut légal des entreprises, des maisons de soins palliatifs n'était pas défini; ils fonctionnaient un peu dans les limbes, donnant des services professionnels hors établissement. Alors, dans la loi n° 83, on a profité de l'ouverture de la loi Santé et Services sociaux, le député de Borduas s'en souvient, pour confirmer le statut légal des maisons de soins palliatifs qui, jusqu'à maintenant, fonctionnait dans une sorte de flou juridique qui n'était pas nécessairement bon ni pour elles, les maisons, et d'abord et avant tout pour les patients et les familles qui y requerraient des soins.

Alors, je pense que, dans l'ensemble, M. le Président, on a rattrapé un certain retard dans la lutte contre le cancer au Québec et on se place dans une politique d'avenir en développant tout le continuum de lutte, c'est-à-dire à partir de la prévention jusqu'aux soins palliatifs, et en étant particulièrement attentifs, et c'est une de mes préoccupations quotidiennes, pour l'accès aux soins en radio-oncologie, sachant bien que cette menace ne va pas diminuer au cours des prochaines années, elle va augmenter.

Pourquoi va-t-elle augmenter? Parce que la population va continuer à vieillir et que les taux de cancer plus élevés qu'on observe au Québec sont également dus au fait que nous avons une population plus âgée que dans l'Ouest. Et voilà donc, M. le Président, un portrait

assez large de la situation, qu'on pourra approfondir au cours des débats.

● (11 heures) ●

Le Président (M. Copeman): Il reste trois minutes, Mme la députée.

Portrait des réseaux universitaires intégrés de santé

Mme Legault: Bon, bien, peut-être qu'on pourrait avoir une information aussi ou information plus détaillée sur les réseaux universitaires intégrés que vous avez constitués. Et puis on sait tous qu'il y en a un par université. Justement, ces corridors-là sont... apparaissent essentiels, là, pour que l'ensemble des traitements spécialisés, en tout cas qu'on ait, sur l'ensemble du territoire, un meilleur accès, et pour le cancer dont on vient de parler et pour l'ensemble des maladies, et tout ça. Est-ce que vous pourriez nous décrire un peu ce que c'est qu'un RUIS, M. le ministre?

M. Couillard: Alors, merci. M. le Président, on aura peut-être l'occasion de poursuivre la discussion là-dessus. Je suis certain que le député de Borduas va vouloir parler de ça parce que son gouvernement a joué un rôle d'initiateur dans cette question des RUIS qu'on a, nous, bonifiés, je le prétends. On verra dans nos ententes, dans nos discussions, s'il est d'accord avec moi. Il s'agit des réseaux universitaires intégrés de santé. On se souvient qu'à l'époque il y a eu un rapport qui s'appelait le rapport Carignan qui visait, c'était sous la gouverne du député de Rousseau que ça s'était fait, qui visait à clarifier la question de l'organisation des services universitaires et avait suggéré la création des réseaux universitaires intégrés de santé, qui avait même commencé à essayer de les mettre en place.

Pendant, il y avait quelque chose, un gros bloc qui manquait. C'est que ces réseaux étaient basés essentiellement sur l'enseignement et la recherche, alors que, nous, on a adopté, on a ajouté la question de l'organisation des services, de soutien des effectifs et de la planification des effectifs médicaux et de la technologie donc. Et ça n'a pas été facile parce que ce n'est pas nécessairement dans la culture universitaire de s'occuper de l'organisation des services. On l'a vu dans les conversations qu'on a eues, mais je suis content de voir que les quatre RUIS actuellement prennent en charge des parties du territoire du Québec et jouent un rôle très important.

Je donne juste pour terminer, parce que je sens que le temps file, un élément concret qui a été ajouté dans la planification des effectifs médicaux.

Je vois le député de Borduas qui est goguenard, mais c'est des bonnes nouvelles que je dis là, c'est peut-être ça qui l'inquiète un peu.

Le réseau universitaire intégré de santé maintenant joue un rôle dans la planification des effectifs, est à la table. Auparavant, il n'y avait que deux interlocuteurs, hein: il y avait le ministère puis les fédérations médicales. On a introduit un troisième joueur, un troisième joueur qui est très important, qui est le réseau universitaire intégré de santé, étant donné ses responsabilités de soutien de services, qui a un rôle à jouer dans la détermination des plans régionaux d'effectifs médicaux. On reviendra d'ailleurs, j'en suis certain, sur cette question plus large

des effectifs médicaux, notamment en région, M. le Président.

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

Nombre de lits ouverts dans les hôpitaux depuis 2003 pour désengorger les urgences

M. Charbonneau: Je veux rassurer le ministre. Mon sourire s'explique par le fait que je constate que, avec une espèce, disons, de déception et de... que finalement on a une espèce d'exercice d'autocongratulation. 95 % du temps, depuis qu'on a commencé, c'est le ministre qui parle et puis, je veux dire, quand ce n'est pas... quand il ne prend pas notre temps à nous pour répondre longuement, je veux dire, il y a une députée collègue du côté ministériel qui lui permet de bien passer ses messages. Mais ça, ce n'est pas de la reddition de comptes, c'est de l'autocongratulation. Alors, on va continuer malheureusement comme ça, mais...

Alors, on va parler un peu des urgences, M. le Président. Dans son document *Partenaires pour la santé*, on avait, à la page, je pense, 54, un engagement: «Un gouvernement du Parti libéral du Québec autorisera les hôpitaux qui en ont besoin à ouvrir des lits fermés pour soulager les urgences engorgées.» Est-ce que le ministre pourrait nous dire combien de lits ont été ouverts pour soulager les urgences engorgées au Québec depuis qu'il est en fonction, d'une part?

Impact de l'épisode annuel de grippe sur les statistiques

D'autre part, est-ce qu'il pourrait reconnaître que, dans l'amélioration que présente l'année financière 2005-2006, il y a aussi, je crois, et c'est correct, c'est une question de responsabilité partisane, mais le système a été avantagé par le fait qu'on n'a pas eu un épisode de grippe, cette année, aussi intense que l'an dernier, et ça fait en sorte que les statistiques sont peut-être... les urgences ont peut-être été un peu moins sollicitées? En tout cas, tu sais, c'est un peu l'impression qu'on peut avoir. Mais si le ministre a des données particulières sur ça, ça pourrait être intéressant de voir l'impact qu'a eu ou que n'a pas eu l'épisode de grippe annuelle qu'on a. Puis, on le sait, bon, les médias nous en ont parlé il n'y a pas si longtemps, que, cette année, ça a frappé moins dur, semble-t-il, que dans les années précédentes.

Alors, encore une fois donc, ce qu'il serait intéressant de voir, c'est combien de lits ont été ouverts dans les hôpitaux pour désengorger les urgences?

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

Nombre de lits ouverts dans les hôpitaux depuis 2003 pour désengorger les urgences (suite)

M. Couillard: Bien, M. le Président, je dirais, dans l'abord de cette importante question, que — et ce n'est pas un reproche que je fais au député de Borduas — c'est que la question montre bien que ce n'est pas une compréhension totale, de l'autre côté, sur la question des

urgences, et ça explique peut-être plusieurs des erreurs qui ont été faites dans le passé, parce qu'il base sa solution hypothétique pour le problème des urgences sur les lits d'hôpitaux de soins aigus.

Nous, d'abord, on n'en ferme pas, de lits. C'est déjà un bon départ par rapport à ce qui se passait auparavant, mais on ne ferme pas d'hôpitaux non plus, oui, on me le souligne. Neuf, je pense, neuf hôpitaux, à Montréal, qui ont été fermés au cours des années.

Une voix: Huit, neuf.

M. Couillard: Huit, neuf, oui. Alors, bon. La solution du problème des urgences, elle ne se trouve que partiellement dans l'hôpital lui-même. Elle se trouve très largement à l'extérieur de l'hôpital, et, M. le Président, je vais me permettre de faire état de certains points. Ça, c'est de la reddition de comptes également, ce n'est pas de l'autocongratulation. La reddition de comptes, c'est de dire ce qui ne va pas bien, ce qui va pareil puis ce qui va mieux. Alors, si on n'a pas le droit, dans la reddition de comptes, de dire ce qui va mieux, bien je ne vois pas l'exercice... je ne sens pas que c'est un exercice très complet.

Alors, effectivement, le diagramme que j'ai déposé montre, de façon indubitable...

Une voix: ...

M. Couillard: C'est ça, on ne passera pas à l'auto-flagellation non plus. Je pense qu'on va être d'accord là-dessus. Le diagramme, que j'ai mis à la disposition des collègues, des députés, montre que c'est indubitable; c'est un fait auquel on ne peut pas résister que, depuis deux ans, trois ans... c'est la première fois depuis 10 ans, depuis 10 ans, que, deux années consécutives, les indices pour les salles d'urgence globalement au Québec s'améliorent. Ça a été une détérioration constante de 1995 à 2003, et clairement la tendance s'est inversée en 2003. Ce n'est pas moi qui le dis. C'est les faits, et les faits ont la vie dure. Bon.

Impact de l'épisode annuel de grippe sur les statistiques (suite)

Maintenant, un autre exemple, et je lui pardonne pour ne pas disposer de... Je vois que le député de Borduas est un mélomane puisqu'il mime le fait de jouer du violon actuellement, M. le Président. Alors, je vais le rassurer pour la grippe. Il y a eu quand même un épisode de grippe, cette année, important mais plus tardif. D'ailleurs, je lui suggère d'aller voir le site du ministère, l'évolution de l'indice grippal, et il va pouvoir y voir qu'on y a goûté, à la grippe, encore cette année, mais elle est arrivée plutôt en avril par rapport à janvier, février, comme c'est le cas habituellement. Et je lui dirais également que, l'an dernier, il y a eu la grippe, un gros épisode de grippe, et on a quand même réussi à diminuer les indices l'an dernier, en 2004-2005.

Maintenant, quelques exemples précis... et je vais également parler des endroits où ça va moins bien, et on n'échappera pas à ça. On va en parler, parce que la vraie question, c'est pour quoi, dans une même région... prenons la région de Montréal. Pourquoi, dans une même région, avec un environnement budgétaire rigoureusement semblable, des règles de gestion semblables, des priorités

semblables, des solutions connues, littéralement à trois coins de rue de distance, un hôpital réussit très bien, un hôpital réussit moyennement et un hôpital ne réussit pas. Et là il faut se poser de sérieuses questions, et il faut les poser au bon endroit et de la bonne façon.

Mais je vais donner quelques exemples. Si on fait la comparaison des 124 semaines... alors, on prend, d'une part, le 14 décembre 2002 au 12 décembre 2003 par rapport au 13 décembre 2003 jusqu'au 28 avril 2006. On a commencé par cibler les plus grosses urgences du Québec. Alors, le CHUM au complet, Notre-Dame, Saint-Luc, Sacré-Coeur, Maisonneuve, Pierre-Boucher et Charles-LeMoine, deux hôpitaux de la Montérégie, région bien sûr très familière au député de Borduas.

Alors, si je prends les patients de plus de 48 heures, le pourcentage de réduction. À Notre-Dame, il y a une réduction de 56 % parce que là évidemment on avait de la difficulté, mais on oublie comment c'était avant 2003, puis on voit le chemin parcouru. 56 % de moins à Notre-Dame, 50 % de moins à Saint-Luc, 56 % de moins à Sacré-Coeur, 65 % de moins à Maisonneuve, puis écoutez bien ça parce que, pour la Montérégie, c'est des bonnes nouvelles: à Pierre-Boucher, 80 % de moins, et à Charles-LeMoine, 88 % de moins.

Alors, je pense que c'est intéressant et également on retrouve les mêmes données pour les taux d'occupation qui ont baissé de façon importante. Pour l'ensemble des sept centres hospitaliers ciblés de façon prioritaire, c'est 62 % de réduction des plus de 48 heures et 22 % du taux d'occupation. Bon. Ce n'est pas encore parfait, puis on va continuer à progresser, mais je vais quand même donner des statistiques plus récentes pour la Montérégie, qui est encore une fois un hôpital qui certainement est cher au coeur du député de Borduas, les deux plus grandes urgences, Pierre-Boucher et Charles-LeMoine. Pierre-Boucher pour 2004-2005... c'est un peu ce qui est regrettable parce qu'on avait les données 2004-2005 dans le journal, hier, puis ça aurait été intéressant d'avoir les données 2005-2006. Pierre-Boucher est passé de 5,2 % à 3,9 % de pourcentage de séjours de plus de 48 heures, alors que Charles-LeMoine, de son côté, est passé de 4,4 % à 4 %.

Donc, on a vu que la démarche d'amélioration se poursuit dans plusieurs cas, et la question qu'il faut se poser, c'est la suivante... et j'y reviens parce que c'est la question que j'ai posée hier et que je repose aujourd'hui: Comment se fait-il que, dans une même région, et la région de Montréal est effectivement un exemple éblouissant là-dessus, on a des histoires de succès, de succès mitigé ou même d'échec dans un environnement budgétaire et d'organisation strictement identique. Je suis certain que le député de Borduas, bon gestionnaire des fonds publics comme il a été et comme il est, ne nous demandera pas d'injecter de l'argent aveuglément à Montréal pour régler le problème des urgences parce que c'est quoi, le message qu'on envoie? Ceux qui se sont améliorés, on va leur dire: Bien, regarde, vous l'avez fait gratuitement, puis on va récompenser ceux qui ne se sont pas améliorés de façon à ce que votre effort soit perdu et que peut-être leurs difficultés ne soient pas... n'aient pas une réponse correcte.

● (11 h 10) ●

C'est quoi, la recette d'une urgence qui... Je vois le député de L'Assomption qui dit non de la tête. Je vais être intéressé à l'entendre sur sa définition de la gestion des comptes publics. On se souvient que la députée de

Terrebonne avait dit: Il faut tout payer, quelle que soit la capacité de payer du gouvernement... Ça, c'est l'approche...

Une voix: ...

M. Couillard: ... — non, non, de Terrebonne — l'approche des députés du Parti québécois, et je vais être intéressé de l'entendre intervenir sur sa définition de la reddition de comptes puis de l'administration publique. Ça va être intéressant d'en discuter.

Donc, j'y reviens. On ne doit pas pénaliser les gens qui ont pris des bonnes décisions et qui ont agi correctement. On doit les encourager puis on doit aider ceux qui vont moins bien, mais pas seulement avec de l'argent que, nous, on continue d'ajouter année après année, parce que le député de L'Assomption appartient à une formation politique qui a coupé en santé. Ça, c'est leur héritage historique: ils ont coupé en santé. Nous, on a investi en santé, c'est la réalité. Un autre fait qui a la vie dure.

Alors donc, quelle est la recette de réussite pour une salle d'urgence? Il y a une recette qui est à l'intérieur de l'hôpital puis une recette qui est à l'extérieur de l'hôpital. La recette à l'intérieur de l'hôpital, c'est une direction puis un corps médical qui se disent un bon jour, puis ça s'est fait dans plusieurs cas: On va régler notre problème d'urgence, c'est notre vitrine, c'est ce qu'on montre à la population, c'est le témoin de la façon dont on travaille ensemble, et on va ensemble le régler. Premier élément. Il faut que ça devienne une priorité de l'hôpital et une partie de l'hôpital et non pas un appendice qui est parallèle ou à l'extérieur de l'hôpital. Donc ça, c'est des éléments internes, intérieurs à l'hôpital. Puis il faut également que la pratique médicale s'y ajuste.

Je vais vous donner un exemple très concret que j'ai connu, moi, dans ma vie antérieure, de l'importance des modes de pratique médicale sur ce qui se passe à la salle d'urgence. Si, par exemple, pour le corps médical spécialisé d'un hôpital, la salle d'urgence n'est pas importante et qu'on va faire les consultations et les visites à l'urgence à 5 heures, 6 heures, le soir, il ne faut pas se surprendre qu'on a des problèmes. Si, par ailleurs, on y va le matin, à 7, 8 heures, bien là on dégage des choses, on met en place les protocoles de traitement et on est plus efficace. Donc, premier groupe de solutions dans l'hôpital même. Deuxième groupe, à l'extérieur de l'hôpital. Parce qu'il faut rappeler aux gens, notamment dans certains grands hôpitaux, que le système de santé existe à l'extérieur de leurs murs et qu'ils doivent entrer en relation avec ce système-là.

Et il y a un parallèle très intéressant dans les chiffres qu'on observe actuellement, c'est que plus une région ou une sous-région progresse sur le plan de l'intégration, l'intégration des missions des établissements, le lien avec les partenaires, plus et mieux elle réussit. C'est un peu injuste pour les régions de dire que ça va mieux parce qu'ils sont plus petits. Ils sont plus petits, mais ils ont aussi moins de monde puis ils ont aussi des difficultés de toutes sortes. Mais les situations ont fait qu'ils ont tressé, ils ont noué ces partenariats avec leurs partenaires, et c'est souvent ce qui est en retard. On peut dire que l'île de Montréal, et ce n'est pas un reproche, c'est une tendance historique, a plusieurs années de retard dans l'établissement d'une véritable intégration et du tissage de partenariats avec ces voisins que sont les CLSC et les cliniques médicales.

Mais il y a des choses intéressantes qui se passent d'ailleurs à Montréal, et on en parlait, je crois, ce matin, dans les journaux, hier également, aux nouvelles, c'est qu'il y a des hôpitaux qui ont décidé donc de se prendre en main et d'agir sur la situation, sur les deux plans. Et l'exemple que je voudrais citer, c'est l'exemple de l'Hôpital du Lakeshore. L'Hôpital du Lakeshore, c'est historiquement, on peut dire, une histoire terrible sur les salles d'urgence. C'était une des salles d'urgence qui étaient les plus en difficulté. Et d'ailleurs, dans les données qui ont été publiées hier, ils avaient, au Lakeshore, un taux très élevé de patients à plus de 48 heures: 17,3 %. Alors, on s'est mobilisé dans cet hôpital et surtout on a utilisé l'outil de la clinique-réseau.

C'est quoi, une clinique-réseau, M. le Président? C'est important de le comprendre parce qu'il en a 12 à Montréal puis il va continuer d'en avoir d'autres dans l'avenir. C'est une clinique médicale qui entre en relation avec le centre hospitalier sur une base contractuelle, et les patients peuvent aller là pour avoir leurs examens cliniques, pour avoir leurs examens de laboratoire et leurs radiographies, recevoir leurs diagnostics et leurs traitements sans avoir à passer par la salle d'urgence. Alors, la combinaison de ces deux actions-là au Lakeshore a amené un progrès, puisque maintenant on voit que leur taux de patients à 48 heures est à 13,9 %, encore trop élevé, puis ils disent eux-mêmes et ils vont continuer, et même chose pour la réduction des temps de séjour.

Alors, ça montre, mais c'est important...

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

M. Charbonneau: Bien, écoutez, si ça continue, moi, je pourrais très bien sortir, là, puis, je veux dire, ça dome absolument rien qu'il y ait des députés de l'opposition pour faire un exercice de reddition de comptes, là. Finalement, vous pouvez demander aux députés ministériels de poser les questions au ministre, il va répondre, il va prendre tout le temps, là. Il voulait avoir des questions précises pour des réponses courtes. Je lui ai posé une question précise, il m'a fait la morale puis il ne répond pas à la question. Je veux dire, combien de temps ça va durer, ça? Je vais-tu faire 15 heures comme ça?

Le Président (M. Copeman): Écoutez, tout ce que je peux faire en tant que président, c'est de faire appel à la collaboration de mes collègues, et il est exact que nous sommes dans un exercice de contrôle parlementaire. Moi, je ne peux pas imposer un style de réponse, je ne peux pas imposer un style de question non plus, mais je peux faire appel à mes collègues parlementaires de favoriser des échanges. On est à peu près dans, question de temps, cinq pour un présentement, alors je fais appel à cette collaboration de tous les collègues afin de tenter d'utiliser les 15 heures qui sont à notre disposition dans une façon la plus efficace possible. Quant à moi, «efficace possible» indique en partie un échange, des échanges, le plus grand nombre d'échanges possible et des commentaires les plus succincts possible. Mais je ne peux pas en faire plus que faire cet appel à la collaboration de tout le monde. M. le ministre.

M. Couillard: M. le Président, je vais continuer à faire des efforts, mais ce n'est pas parce qu'on n'aime pas la réponse qu'on peut l'abrégé, là. Si on pose une question large sur les salles d'urgence, c'est une situation extrêmement complexe, les salles d'urgence. Il y a beaucoup de composantes là-dedans, là. Alors, c'est normal que je prenne le temps d'en expliquer les composantes.

M. Charbonneau: ...dans les hôpitaux pour désengorger les urgences? Vos ne m'avez pas donné de réponse, puis vous faites un discours sur tout le reste. Ce n'est pas compliqué, ça, combien vous avez ouvert de lits?

Le Président (M. Copeman): Chers collègues, M. le député, le point est fait. Moi, je ne peux pas en faire beaucoup plus, sauf de faire appel à votre collaboration à tout le monde pour tenter de valoriser des échanges pendant cette période de contrôle parlementaire. M. le ministre.

M. Couillard: Bien, M. le Président, encore une fois, j'ai répondu, c'est la première chose à laquelle j'ai répondu. Il y a à peu près 500 lits qui sont attribués actuellement au Québec pour le désengorgement des urgences. Mais je voulais montrer que la façon dont le député de Borduas aborde le problème montre une incompréhension du problème lui-même. Et je ne peux pas faire autrement que de le souligner, c'est comme si c'était juste à l'hôpital qu'on avait la solution pour les salles d'urgence. Puis j'ai également dit qu'il y avait une différence. La reddition de comptes, c'est faire une différence entre un parti politique et l'autre, et puis bien sûr cette reddition de comptes atteint son apogée dans l'exercice électoral, mais il faut comparer.

Je veux dire, nous, on n'a pas fermé de lits, eux autres ont fermé des lits. Je sais bien qu'ils n'aiment pas se le faire rappeler, mais c'est ça, la situation. Ils ont fermé neuf hôpitaux à Montréal. Je m'excuse, ce n'est pas nous autres qui a fermé neuf hôpitaux à Montréal. Bon. Alors, nous, on ne ferme pas de lits, on en ouvre, puis il y a plusieurs centaines de lits partout au Québec qui servent de lits pour absorber la clientèle de l'urgence. Mais la pire chose à faire, c'est justement de commencer à ouvrir des lits d'hôpital juste pour l'urgence. C'est une action qui est beaucoup plus large puis qui implique également les partenaires de l'hôpital.

Alors, en tout respect, M. le Président, je ne voulais pas manquer de respect pour le député de Borduas, mais je voulais donner à la question la complexité de réponse qu'elle mérite.

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

Nombre de patients dans des lits de soins aigus en attente d'hébergement

M. Charbonneau: Je voudrais faire remarquer au ministre qu'hier il y a des urgentologues qui sont intervenus sur la place publique puis que, eux, ils ont indiqué que l'accès à des lits hospitaliers, ça fait partie de la problématique des urgences, contrairement à ce que le ministre dit. Moi, je ne suis peut-être pas médecin, là, mais je suis un citoyen, un citoyen relativement éclairé qui, dans l'espace public, puis dans le débat suffisamment

public depuis assez longtemps pour qu'à un moment donné on ne me prenne pas pour un enfant d'école non plus, là.

Alors, la réalité, là, M. le Président, là, c'est que l'évolution du nombre de lits de soins généraux et spécialisés entre 2001 et 2006 est la suivante: le 31 mars 2001, il y avait 20 387 lits de soins généraux et spécialisés au Québec. Quand le ministre est arrivé en fonction, il y en avait 20 443; le 31 mars 2006, là, il n'y a pas longtemps, là, il y en avait 20 389. Il n'y a pas eu une augmentation contrairement à ce qu'on nous avait — puis je peux déposer le tableau, M. le Président — contrairement à ce qu'on a ce qu'on nous avait promis en campagne électorale, il n'y a pas eu d'augmentation, il y a même eu une petite diminution. Est-ce que... Tu sais, à partir du moment où il y a une petite diminution puis que des urgentologues nous disent qu'au Québec, actuellement, il y a un problème: on n'a pas assez de lits, puis une partie de ces lits-là sont occupés par des gens qui ne devraient pas être là.

Une autre question que je pourrais poser au ministre aujourd'hui, c'est qu'il y a combien d'hôpitaux au Québec actuellement où des places sont occupées actuellement par des personnes âgées en perte d'autonomie qui devraient être ailleurs? On nous dit que, dans certains hôpitaux, c'est jusqu'à 10 %. Est-ce qu'on peut avoir l'état de situation exacte pour l'ensemble des hôpitaux du Québec? Combien de personnes actuellement pour chaque hôpital se retrouvent dans des lits de soins de courte durée alors qu'ils devraient... qui sont des gens qui dans le fond sont des gens qui ont besoin de soins de longue durée, et combien de personnes dans le fond devraient être ailleurs que dans des hôpitaux actuellement au Québec? Ça, il me semble que c'est précis, ça. Et ça aussi les gens qui sont intervenus hier, sur la place publique, des spécialistes du système de santé, ont pointé du doigt ce problème-là. Et là, voyez-vous, là, je n'ai pas pris 20 minutes pour poser une question, là.

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

M. Couillard: Bien, c'est une très bonne question, M. le Président, parce que ça permet effectivement de faire les rectifications, et notamment une erreur que je vois que le député de Borduas ne fait plus puis que sa consœur malheureusement députée de l'opposition a fait en crédits avec le premier ministre, parce que j'ai entendu souvent le député de Borduas dire qu'il y avait 5 000 patients en attente pour l'hébergement au Québec. C'est faux, hein! C'est faux. Parce qu'on mélange tout, là, on mélange les lits de soins de longue durée dans les hôpitaux où il y a correctement des patients en hébergement et, à long terme, il va falloir les déplacer à l'extérieur de l'hôpital, mais c'est normal que, dans les lits d'hébergement, il y a des patients en hébergement.

Donc, ce qu'il faut voir effectivement... Pourquoi je n'arrête pas de...

● (11 h 20) ●

M. Charbonneau: Une question... non, non, mais je lui demande la permission, là, s'il veut... S'il ne veut pas, là, je vais attendre.

Le Président (M. Copeman): Je pense qu'on va permettre au ministre de répondre à la question, M. le député.

M. Charbonneau: Alors, je reviendrai après? Je reviendrai.

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

M. Couillard: Bon. Regardez, M. le Président. Il y a, dans le cahier tome I, la réponse région par région du nombre de patients dans les lits de soins aigus en attente d'hébergement au 31 mars 2006. On ne peut pas être plus précis que ça, là. Il a la réponse totale et précise à sa question à la page 375. Ça commence à 374, ça va jusqu'à la page — attendez un peu, là — 391. Hein? Alors, on peut les prendre une par une s'il veut, là, mais c'est ça, la réponse. Il n'y en a pas... Elle est là, la réponse. Ce n'est pas 5 000, là.

Je vous donne un exemple pour les urgences qui sont suivies par le groupe...

Une voix: ...

M. Couillard: Regarde, là, je n'arrête pas d'être interrompu...

Le Président (M. Copeman): Non, il faut... Écoutez, chers collègues. Chers collègues, je ne sais pas qu'est-ce qui se passe ce matin, là, mais, s'il le faut, je vais commencer à appliquer, avec une rigueur absolument sans flexibilité, le règlement. Il faut permettre, il faut permettre à nos collègues de répondre et ne pas interrompre nos collègues. Moi, à un moment donné... Moi, je suis ici pour tenter de faciliter des échanges, mais, si le climat devient un peu tendu, je vais appliquer le règlement, une application stricte du règlement. Vous le connaissez aussi bien que moi, M. le député de Borduas, on n'interrompt pas des parlementaires qui ont la parole. M. le ministre, allez-y.

M. Couillard: Bon. M. le Président, on donne des réponses précises aux questions précises. Et j'apprécie d'avoir des questions précises parce qu'on peut donner des réponses précises.

Alors, d'abord, à la page 343 du tome I, le député va trouver une réponse au nombre de nouveaux lits ouverts au 31 mars 2006: 218, courte et longue durée. Bon. Ça, nous autres, on ajoute des lits, on n'enlève pas des lits au système de santé. C'est une grosse différence avec le gouvernement précédent. Ensuite, à la page 375, région par région, il va trouver le nombre d'usagers qui ont été évalués, qui sont en attente d'hébergement. Ça, c'est une réponse on ne peut plus précise à sa question.

Maintenant, si on y va encore plus largement, à la page 347, c'est le nombre... en passant, les lits de courte durée, là, il faudrait voir comment on les calcule, parce qu'il y a des soins généraux 21 454 puis les lits de santé physique 17 000. Ça, c'est à la page 347 du cahier. Alors, ces données ne sont pas tout à fait adaptées, mais on pourra en discuter. Ce n'est pas un reproche que je lui fais.

Mais si on prend seulement les hôpitaux qui sont suivis par le CCNU. Le CCNU, c'est le Comité consultatif national sur les urgences, qui vérifie les urgences prioritaires, qui va faire des visites dans les hôpitaux pour les aider à s'améliorer. Il y a un total actuellement qui était... le nombre de patients longue durée dans les

lits de courte durée à l'automne 2004, qui était 239; à l'hiver 2006, c'était 153.

Alors, on voit qu'on a un chiffre beaucoup plus petit que le 5 000, là, qui est lancé à gauche et à droite, qui ne correspond pas à la réalité et qui est en régression, mais il y a encore du travail à faire. Je serais d'accord avec le député de Borduas pour dire par contre que c'est un des éléments de réponse à l'accessibilité aux soins, parce que ces patients-là clairement devraient être ailleurs, mais pas nécessairement dans un milieu d'hébergement.

M. Charbonneau: ...expliqué à la page 435, liste d'attente pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée au 31 mars 2006, total 5 784.

M. Couillard: Toute la liste d'attente de partout, pas seulement les gens qui sont dans les hôpitaux, ça. Ça peut être ma mère ou...

M. Charbonneau: Deux questions: Moi, je ne vous ai jamais parlé du 5 000, mais vous en avez parlé, alors je vous en parle. Il y a 5 784 personnes au Québec qui attendent pour une place en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Puis ça, c'est une chose.

Moi, ce que je vous ai posé comme question, c'est parce qu'il y a... ce n'est pas vrai dans tous les établissements hospitaliers, là, je n'ai jamais prétendu ça, il y a des établissements et il y a plusieurs spécialistes, des gens qui sont dans les hôpitaux, qui vivent des situations, ils nous disent: Écoutez, on a des problèmes, certains de nos lits sont occupés par des personnes qui ne devraient pas y être. Et je vous le dis, dans certains cas, ça monte jusqu'à 10 %. Moi, ce que je veux savoir, c'est quels sont les hôpitaux où cette situation existe et quel est l'état de situation pour l'ensemble aussi. Parce qu'on peut justement faire une évaluation pour savoir est-ce qu'il y a beaucoup d'hôpitaux au Québec ou pas beaucoup et si... et quels sont ceux qui sont concernés où il y a des lits actuellement qui sont occupés par des personnes en perte d'autonomie lourde qui, dans le fond, occupent des lits qui pourraient être occupés par des gens qui sont sur des civières. C'est ça, la...

Et encore une fois, là, ce n'est pas le député de Borduas qui a mis encore ça en évidence hier, c'est des urgentologues qui travaillent dans nos établissements hospitaliers au Québec, actuellement.

M. Couillard: Et justement, M. le Président, c'est un élément où la situation s'améliore, et on le voit très bien. Puis c'est vrai que le député de Borduas mentionne 5 000, mais je l'ai entendu dire 5 000 dans les hôpitaux de courte durée qui attendent de l'hébergement. Ce n'est pas ça. On est d'accord là-dessus, je vois, aujourd'hui, parce que les personnes en attente sont celles qui sont à domicile également, dans les ressources intermédiaires un peu partout. Ce n'est pas les personnes qui sont dans les hôpitaux.

Je répète que la situation de chaque hôpital de chaque région est au cahier des crédits. Maintenant, c'est facile de voir lesquels ont le plus de difficulté, puis je vais revenir à mon thème précédent: vous avez juste à regarder les statistiques d'urgence, puis on peut gager d'avance, puis c'est souvent ce qui se vérifie, qu'un hôpital qui a de la difficulté a également un pourcentage de patients

dans les lits de soins aigus souvent aux alentours de 10 %, comme vous dites, là, et on va remarquer la corrélation.

Maintenant, il faut se demander la question suivante: Pourquoi, dans l'hôpital A d'une région, le pourcentage est beaucoup moins élevé qu'à l'hôpital B? La raison, c'est qu'à l'hôpital A, on a établi les partenariats, on a accès avec les CLSC pour les soins à domicile, on a établi l'unité de gériatrie active, on a parlé avec les médecins en cabinet, puis dans l'hôpital B, on ne l'a pas fait. Il y a même des régions actuellement, il y a une région actuellement qui est retard pour le déploiement de ces liens-là, c'est l'Outaouais; mais ils travaillent fort actuellement, puis on les aide. Mais tous ces gens-là sont financés de la même façon, de façon constante, là.

Alors, les situations différentes des hôpitaux ont une traduction directe sur la performance de l'urgence. Et encore une fois, là, s'il y a des hôpitaux qui s'en tirent moins bien que d'autres, la question nécessairement n'est pas seulement, n'est certainement pas d'abord: Qu'est-ce que le ministère fait?, c'est: Qu'est-ce que la région fait pour que l'établissement A devienne aussi performant que l'établissement B dans le même environnement budgétaire puis dans le même mode de gestion?

Plan d'action pour améliorer la gestion des urgences et de la demande croissante de soins de longue durée

M. Charbonneau: Est-ce que vous reconnaissez, quand vous disiez, hier, qu'il y a des endroits qui ont la bonne recette puis il y a d'autres endroits qui ne l'appliquent pas puis qu'ils devraient l'appliquer, il y a quelqu'un qui doit s'occuper que, quand on n'applique pas la recette, on l'applique. Et j'entendais le ministre, hier, dire: Bien, c'est aux agences, c'est la responsabilité des agences. Ultimement, est-ce qu'il convient que c'est sa responsabilité et qu'actuellement, ce qu'on veut savoir, c'est qu'est-ce que le ministre entend faire pour que les endroits où, je ne dis pas où on se traîne la patte, mais on n'applique pas, disons, selon son expression, la bonne recette, on va le faire, et dans un délai acceptable? Parce qu'encre une fois, c'est vous qui aviez promis de régler ça immédiatement après la campagne électorale. Ce qu'on constate, aujourd'hui, c'est qu'il y a eu des améliorations dans certains domaines et qu'il y a eu... qu'il y a encore une stagnation.

Il y a le Dr Vadeboncoeur, qui est un des urgentologues réputés de Montréal, hier, disait: Écoutez, au rythme où on est parti, ça va prendre 25 ans avant qu'on règle le problème d'une façon satisfaisante. C'est loin de l'engagement électoral que vous aviez pris. Vous n'aviez pas promis au monde d'attendre 30 ans, hein, parce que 25 ans, c'est à partir d'aujourd'hui, il y en a déjà trois de passés, là. Disons que c'est loin avant d'avoir le résultat.

Alors, la question, c'est: Qu'est-ce que vous entendez faire pour accélérer le processus pour faire en sorte que les endroits où on se traîne la patte ou encore on n'arrive pas à appliquer la bonne recette, on l'applique? Est-ce que vous avez un plan d'action précis? Est-ce qu'il y a des gens qui sont mandatés, au ministère, pour... parce que quand... Il y a un groupe, là. On a mis sur pied un groupe, là, de gens qui accompagnent les établissements pour corriger les situations dans les urgences. À ma connaissance, le groupe existe toujours, dirigé d'ailleurs par

la même personne. Est-ce que ce groupe-là a eu de votre part des directives pour intensifier la mise en place des bonnes recettes et pour faire en sorte que ces recettes-là soient appliquées dans un délai acceptable?

Et je voudrais aussi à cet égard-là, M. le Président, rappeler encore une fois ce que j'ai dit au ministre tantôt, là. Il nous parlait là, de, je ne sais pas trop, là, des lits additionnels. Écoutez, les chiffres que vous nous avez fournis, que votre ministère nous a fournis, c'est que l'évolution du nombre de lits de soins généraux et spécialisés entre 2001 et 2006 montre que, écoutez, au 31 mars 2001, il y en a 20 387, et au 31 mars 2006, il y en a 20 389. Il y en a deux de plus au total pour l'ensemble du Québec — deux de plus. Ce n'est pas ça qui avait été promis en campagne électorale, là. C'est pas mal loin du compte, là. Alors, comment il peut me dire qu'on a 300 ou 400 de plus si, dans les faits, il y en a deux de plus qu'en 2001?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, puis ça va terminer cet échange.

• (11 h 30) •

M. Couillard: Bien, il y avait plusieurs questions, mais c'est plus ciblé, là, puis on va y répondre de façon séquentielle. D'abord, effectivement, il y en a encore un groupe qui s'appelle le CCNU, Comité consultatif national sur les urgences, qui intervient régulièrement. Ensuite, il y a une équipe au ministère, sous la direction du Dr Michel Bureau, et qui est dirigée par une personne à laquelle je veux rendre hommage aujourd'hui, c'est le Dre Yolaine Galarneau et son équipe, qui travaillent littéralement, là, sept jours semaines et parfois la nuit puis le soir pour les préventions de rupture de services puis le suivi des urgences.

Il y a 35 urgences qui, depuis 2003, font l'objet d'un plan d'action spécifique du ministère et d'un suivi régulier. Un suivi régulier pour les aider, pas pour les punir, pour les aider puis justement leur montrer: Regardez, l'hôpital à côté de chez vous, là, il a fait ça. Vous, vous êtes capables de le faire également. Et c'est ça qu'on doit faire, puis je suis certain que le député de Borduas est d'accord avec ça. L'exemple Charles-LeMoine; Charles-LeMoine est un exemple de succès remarquable, qui est attribuable à ce soutien puis cet accompagnement là. Mais on ne fera pas tout à la place des établissements et des régions.

Si on prend la question de l'Outaouais, par exemple, qui travaille actuellement, historiquement, en Outaouais, il n'y a eu presque aucun développement de soins à domicile puis de ressources intermédiaires. Alors là, on est pris dans une situation où on n'a pas de solution pour les patients âgés. Alors, il faut d'urgence et rapidement développer ces solutions-là, et c'est actuellement en train d'être fait.

Maintenant, pour ce qui est du deuxième volet de sa question, l'évolution des lits, il constate donc qu'il n'y a pas eu de coupure de lits, ce qui était le cas avant 2003, parce que les réductions ont été faites avant 2003. Ça va être intéressant. Mais il va constater également, et c'est une partie... Je vois très bien le tableau qu'il a, 20 387 au 31 mars 2001, 20 389 au 31 mars 2006. C'est ce qu'il vient de dire.

Maintenant, il y a eu l'introduction de changements de façons de faire. Par exemple, les lits de santé mentale

en grande partie — c'est une bonne chose, et je suis certain que le député de Borduas va être d'accord avec ça — ont été transformés en suivi dans la communauté. Et il n'y a personne, je suis certain, qui va s'opposer à ce mouvement essentiel. Ces lits-là sont libérés, à ce moment-là, pour d'autres utilisations. Il y a des lits de support, de débordement également qui sont ouverts pour les salles d'urgence.

Mais, nous, on n'a pas fermé de lits, nous, on ne ferme pas de lits puis d'hôpitaux. Ça, c'est l'héritage du Parti québécois, puis c'est un héritage qui est fixé dans le ciel, écrit dans le mur, en lettres de feu. Puis il est là, cet héritage-là, puis il ne partira pas parce que là-dessus la cause est entendue, la cause est entendue là-dessus. Le parti politique qui n'a pas soutenu les services publics, malgré son étiquette prétendument sociale-démocrate, par les fermetures de lits, les coupures de budgets, les mises à la retraite, des fermetures de milieux de formation, ce n'est pas le Parti libéral du Québec, c'est le Parti québécois. Le parti politique qui investit, qui soutient, qui ouvre des ressources, c'est le Parti libéral du Québec. Puis je vois le député de Borduas qui fait non de la tête, mais encore une fois les faits ont la tête dure, et on ne peut pas les nier.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Merci. J'autorise le dépôt du tableau *Évolution du nombre de lits de soins généraux et spécialisés entre 2001 et 2006*. Alors, ce tableau est déposé.

Mme la députée de Lotbinière.

Stratégie de réduction du nombre de patients dans les hôpitaux en attente d'une place en CHSLD

Mme Roy: M. le Président, puisqu'on est sur la question sur de personnes qui devraient être en hébergement longue durée mais qui sont dans des hôpitaux, on a posé cette question-là au cahier des crédits, puis la question était le nombre... Je vais vous indiquer à quelle page pour être plus précise... 360. Le nombre de lits permis à ces établissements et le nombre de personnes qu'il y avait en hébergement de longue durée. On a demandé de faire une corrélation. Mais, avec toute l'équipe que vous avez, on n'a pas mis le nombre de lits, sauf que, moi, je les ai trouvés, les lits, précédemment dans les crédits.

Et puis, à lecture de ça, je vois que, bon, pour vous donner un exemple, Santa-Cabrini, à Montréal, il y aurait 313 lits puis 51, à la page 350... 364, 51 sont de soins longue durée. C'est dont un sur six, si je lis bien vos données; c'est plus que 10 %, ça. Montmagny, j'ai 54 lits, puis vous avez mis 10 lits occupés en soins longue durée; c'est 20 %, c'est presque 20 % occupés par des personnes qui devraient être en CHSLD.

M. Couillard: Je vais rapidement donner une précision à la députée parce que c'est une erreur commune, là: ces lits-là sont des lits également qui comprennent les lits d'hébergement, alors c'est normal. Ce qui n'est pas normal là-dedans, c'est les patients qui sont dans des lits de soins aigus. Mais, dans un hôpital de soins aigus, il y a des lits de soins aigus puis souvent il y a les lits de soins prolongés également, d'hébergement. Alors, il y a plusieurs hôpitaux qui sont dans cette situation-là — probablement

d'ailleurs, dans la région de la députée, qu'il y a des lits comme ça — dont Santa-Cabrini. Il y a une unité d'hébergement à Santa-Cabrini qui est calculée dans les permis... dans le... au permis d'établissement.

Alors, il faut toujours faire la distinction dans un établissement qu'est-ce que sont les lits de soins aigus et de santé physique, qu'est-ce que sont les lits d'hébergement. Alors, encore une fois, c'est normal d'avoir des patients en hébergement dans les lits d'hébergement, normal entre guillemets, parce qu'éventuellement ce qu'on voudrait faire avec le plan d'action — et d'ailleurs cette année il y a des actions qui vont commencer là-dessus — c'est de déplacer ces lits d'hébergement des hôpitaux de soins aigus vers d'autres ressources pour justement libérer des lits pour faire plus de chirurgies ou améliorer les urgences. Donc, il faut toujours faire cette distinction-là.

Mme Roy: ...que le problème qu'on veut cibler, c'est les personnes qui ne devraient pas être à l'hôpital et qui le sont, qui engorgent des lits et qui finalement... ça déboule sur l'urgence et les chières à l'urgence. Puis je pense que la question 90 visait cette problématique-là. Le nombre de patients en hébergement de longue durée dans les hôpitaux de soins de courte durée. Si vous me dites que ce que vous avez mis comme chiffre là ne correspond pas parce que ça englobe d'autres lits, pourriez-vous nous donner la réponse à cette question-là dans le cadre de personnes qui ne sont pas à leur endroit, là? C'est ça que je veux savoir.

(Consultation)

M. Couillard: ...la question précise est la suivante — dites-moi si je la comprends bien: Est-ce qu'on peut, pour chacun des hôpitaux, avoir le nombre de lits au permis pour l'hébergement?

Mme Roy: Ça, vous l'avez déjà donné.

M. Couillard: O.K.

Mme Roy: C'est le nombre de personnes qui sont dans ces...

M. Couillard: Non, non, non, on ne l'a pas donné. On a le nombre de lits total...

Mme Roy: Oui, on l'a. On l'a un petit peu précédemment dans les crédits, je l'ai.

M. Couillard: Mais qu'est-ce que vous voulez obtenir exactement? Est-ce qu'on a le nombre de lits total? Donc, vous dites qu'on a déjà le nombre de lits d'hébergement. On a également le nombre de patients qui ne devraient pas être dans les soins aigus.

Mme Roy: Ils sont où?

M. Couillard: 666 au total au Québec.

Mme Roy: O.K., mais pas par...

M. Couillard: Région par région, on les a à la page 375, je crois, et suivantes.

Mme Roy: O.K. Autrement dit...

M. Couillard: Alors, dans votre région, particulièrement, je pense que la région 4, la région de...

Mme Roy: Moi, je suis multirégions, M. le Président, Centre-du-Québec, Chaudière-Appalaches.

M. Couillard: Alors, on a le...

Le Président (M. Copeman): ...collègue qu'à la réponse à la question 91, la question était formulée: «Pourcentage des lits de courte durée du réseau occupés par des patients de longue durée». La réponse est là, il me semble, 91.

M. Couillard: Alors, effectivement, on a donné le nombre absolu, mais on peut refaire le pourcentage. Ce n'est pas une opération bien, bien difficile. Mais prenons, par exemple, la région... Je pense qu'il n'y en a pas du tout dans la Chaudière-Appalaches, je pense qu'on a... Mais prenons la région de Montréal comme exemple. Alors, on voit la différence entre le chiffre qu'elle donnait tantôt. Reprenons toujours l'Hôpital Santa-Cabrini, parce qu'on voit que c'est un hôpital qui a de la difficulté, là. On ne les blâme pas nécessairement, mais il faut qu'ils soient plus actifs avec leurs partenaires, en particulier pour l'hébergement. Alors, il y a 38 patients dans cette catégorie de patients de soins prolongés qui sont dans les lits de soins aigus. Alors, tantôt vous mentionniez 60. Les autres, c'est des lits d'hébergement, donc ils sont correctement occupés.

Mme Roy: On peut s'entendre pour dire qu'à Santa-Cabrini il y a 313 lits au total. C'est ça?

M. Couillard: Au total, incluant les lits d'hébergement.

Mme Roy: C'est ça. Donc, il y a 10 %.

M. Couillard: Donc, le défaut à corriger à court terme, c'est les patients en hébergement dans les lits de soins aigus, à continuer d'améliorer — il y en a 38 à Santa-Cabrini — et, à plus long terme, c'est de déplacer les unités d'hébergement des hôpitaux de soins aigus ailleurs, soit dans des CHSLD, soit sous forme de ressources intermédiaires ou de prise en charge à domicile. Alors, c'est les deux qu'il faut faire actuellement.

Alors, effectivement, on voit très bien la corrélation, parce que prenez, par exemple... — tiens, voilà un exemple très important — prenez le Royal Victoria, à la page 380 du cahier des crédits. Ça, c'est un hôpital qui est dans la même région que les autres sur la même page, qui a les mêmes règles budgétaires, qui a le même suivi, qui a le même environnement réglementaire, qui a les mêmes politiques ministérielles. Le nombre de patients dans les lits de soins aigus en attente d'hébergement, c'est zéro au Royal Victoria. Bon. Alors, oui, on peut aider, puis on va aider à déployer ces choses-là mieux, mais on voit la différence.

Puis, si vous allez faire la corrélation maintenant — puis je vous suggère l'exercice — si vous faites la corrélation de ce chiffre-là avec le rang actuel dans les

performances d'urgence, vous allez voir un lien direct: plus les gens ont des nombres élevés de patients en attente d'hébergement, plus ils ont des difficultés. Il y a une exception, c'est l'Hôpital Notre-Dame: l'Hôpital Notre-Dame, ils ont juste huit patients. Ce n'est pas beaucoup. Donc, le problème principal de l'Hôpital Notre-Dame, ce n'est probablement pas ça. Alors, quand on analyse, c'est ça qu'il faut dire. Donc, c'est quoi, la question du retour des patients dans les régions référentes? C'est quoi, la question du nombre de patients qui sont référés à Notre-Dame qui auraient pu être traités en périphérie? C'est quoi, le recours aux soins à domicile? Il y a toutes sortes d'éléments à considérer, et là vous avez de quoi bâtir, là, l'information pour chaque hôpital du Québec.

Mme Roy: Quand on constate que le noeud des urgences, c'est souvent ce problème-là des personnes qui sont en CHSLD assez souvent, puis que je vous entends dire que vous n'allez pas institutionnaliser plus de places en CHSLD, où va se trouver la situation, où on va les placer, ces personnes-là?

● (11 h 40) ●

M. Couillard: La réponse à ça... Puis d'ailleurs j'ai une petite précision à donner pour Montréal, là: il y a 185 lits de courte durée à Montréal occupés par les personnes âgées sur 6 475 lits de santé physique, donc 2,85 %. Mais ça, c'est un portrait régional qui comprend ceux qui font très bien puis ceux qui ont des difficultés.

Mais la réponse à votre question, elle se trouve dans le plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie. Alors, le virage n'est pas un virage de non-institutionnalisation, c'est un virage de moins grande institutionnalisation, puis encore une fois il y a des grosses différences entre les régions. Par exemple, en Montérégie, chez le député de Bordeaus, c'est environ 3 % des personnes âgées qui sont institutionnalisées, c'est 4,4 % à Montréal. Mais Montréal, la population n'est pas plus âgée à Montréal qu'en Montérégie, là. Alors, il y a des habitudes qui ont été prises, il y a des façons de faire qui ont été différentes également. Et encore une fois, la corrélation est directe.

Donc, la solution et la réponse à votre question, c'est qu'il va toujours falloir avoir besoin de lits d'hébergement. Et d'ailleurs on va ouvrir des nouveaux lits d'hébergement dans le cadre du programme, du plan d'action pour les personnes âgées. Mais le gros des solutions doivent être soit à domicile, soit des ressources intermédiaires, soit des projets novateurs dont on a parlé récemment parce que, si on se concentre uniquement sur l'institutionnalisation, je l'ai dit à plusieurs reprises, il n'y a pas un État au monde qui est capable de bâtir assez de lits d'hébergement pour que chaque personne âgée, dès le début de la perte d'autonomie, soit transférée en hébergement, ce qui n'est pas dans l'intérêt des personnes âgées. Parce qu'on sait que ça accélère la perte d'autonomie lorsqu'elle n'est pas maximale.

Mme Roy: Encore une fois, il faut faire attention avec les statistiques parce que, quand on parle de Montréal, on parle de Sainte-Justine, puis de l'Hôpital pour enfants, puis c'est aussi le Centre de gériatrie, qui ont des missions particulières puis qui ne représentent pas nécessairement l'ensemble du Québec.

Par contre, si l'issue pour ces personnes-là en est une d'être plus créatif, on en voit des exemples comme

la Maison Carpe Diem que vous devez certainement connaître à Trois-Rivières, ces personnes-là, à chaque fois qu'on discute avec eux, nous disent qu'elles n'ont pas le soutien de l'agence, qu'elles n'arrivent pas à s'intégrer, qu'il n'y a pas de place pour eux dans un cadre trop strict, trop strict de gestion avec les fonctionnaires. Qu'est-ce que vous entendez faire à ce niveau-là?

M. Couillard: ...exemple est a contrario, là. Justement, la Maison Carpe Diem que je connais très bien parce que je l'avais visitée, j'ai vu sa directrice, Mme Poirier, en mars 2003, là, avant l'élection, c'est extraordinaire ce qui se fait là. Je suis certain que la députée est peut-être allée la voir également. Il y a un projet novateur qui est...

Mme Roy: M. le ministre, c'est une amie d'enfance.

M. Couillard: En plus! Bien, vous avez, comment dirais-je, là, de très bonnes amies, là. Alors, effectivement, il y a un projet de soutien, de partenariat qui a été fait entre le ministère de la Santé puis la Maison Carpe Diem. En mars 2005, il y a un premier axe qui a été développé avec une subvention de 90 000 \$, là, pour justement la coopération puis le lien avec les centres de santé et de services sociaux, dans le cadre de l'exercice des projets novateurs. Alors, justement, voilà un exemple de soutien qu'on veut accentuer parce qu'il y a d'autres axes qu'on veut développer au cours des prochaines années entre l'agence et la Maison Carpe Diem. Puis vous savez très bien d'ailleurs que l'approche Carpe Diem, qui est une des approches, il ne faut pas non plus faire d'église là-dedans, là, une des approches pour la prise en charge des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer ou les problèmes connexes, c'est une approche qui fait des petits actuellement, au Québec, puis il y a beaucoup de personnes qui s'en inspirent, en Montérégie notamment.

Mme Roy: J'ai pris cet exemple-là parce que je sais que cette maison-là a dû faire une croisade d'à peu près 10 ans pour arriver où elle est arrivée, là. Mais il ne faudrait pas que... Si on attend 10 ans pour toutes les maisons qui sont sur le même modèle qu'eux pour qu'ils deviennent des partenaires des agences, je pense qu'on n'y arrivera pas.

M. Couillard: C'est pour ça qu'il faut continuer à le faire. Alors, ces partenariats-là, souvent on peut les faire en transformant les budgets. Il y a des nouveaux budgets... Il y a deux choses: il y a les nouveaux budgets pour les personnes en perte d'autonomie puis il y a la transformation des budgets existants.

Par exemple — comment dire de façon élégante? — il y a un renouvellement des personnes en centre d'hébergement qui est assez rapide. Comme les gens sont de plus en plus en perte d'autonomie sévère, leur durée de séjour a beaucoup diminué. Donc, il y a certaines régions qui actuellement font l'expérience, et on voit que ça marche; que lorsque, par exemple, on peut diminuer un étage d'hébergement parce que notre taux d'hébergement est plus haut, si on transforme immédiatement ces services-là en soutien à la communauté puis en partenariat comme Carpe Diem, on a beaucoup moins de pression sur les demandes d'hébergement. Alors, c'est un exemple très bien, c'est un très bon exemple que vous amenez là. Puis

on va continuer à les soutenir par des ajouts budgétaires mais également par des transformations, à l'intérieur de la région, des budgets actuellement existants. Même chose pour la santé mentale, mais, ça, c'est un autre domaine.

Le Président (M. Paquin): Alors, merci, Mme la députée de Lotbinière. Je cède la parole maintenant à Mme la députée de Nelligan.

Bilan des mesures visant à améliorer la qualité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

Mme James: Merci beaucoup, M. le Président. À mon tour, évidemment, de vouloir bien saluer le ministre ainsi que les gens qui l'accompagnent, ainsi que mes collègues de la commission. Les collègues ont abordé la question assez précise des lits pour la clientèle des aînés en perte d'autonomie. Moi, je souhaite, M. le Président, aborder la question des réalisations des services aux aînés en perte d'autonomie évidemment. Depuis l'arrivée du gouvernement, vous savez que j'ai noté que c'était une priorité du ministère, les services qu'on y donnait.

Il faut se rappeler, M. le Président, également — notre collègue en face a manqué de le mentionner dans ses questions et de son préambule avec le ministre — que c'est le Parti québécois évidemment qui avait coupé pas 60 000 mais 6 000 places en hébergement aux personnes âgées, et on se rappellera également, M. le Président, qu'on les avait également reprochés d'avoir fait augmenter les frais assumés par les personnes âgées pour l'achat des médicaments. Compte tenu du contexte, ce n'est pas juste moi évidemment qui le dis, on peut noter qu'il y a eu des rapports et... de la Commission des droits de la personne et du Vérificateur général également sur cette question.

Alors, compte tenu de l'état de la situation dans laquelle on s'est trouvés en 2003, lorsque le ministre a pris en main ce dossier parmi d'autres, j'aimerais l'entendre évidemment sur non seulement les réalisations, mais des choses qui ont été mises en place pour assurer une meilleure accessibilité et qualité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, compte tenu que c'est une clientèle évidemment très, très, très importante au Québec.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Effectivement, c'est un domaine prioritaire, une des quatre priorités ministérielles. Alors, les quatre priorités n'ont pas changé depuis avril 2003: personnes en perte d'autonomie, santé mentale, personnes atteintes de cancer et services pour les populations autochtones.

Alors, pour ce qui est des personnes en perte d'autonomie, le bilan est lourd de l'autre côté. Il faut bien l'avouer, là, et je pense qu'ils seront les premiers à le faire. Couper 6 000 places en hébergement, c'est quelque chose. Si, au moins, ça avait été lié à des investissements en communauté pour prendre les personnes en charge, ça aurait été un moindre mal, mais ça n'a pas été fait. Et on connaît les rapports dévastateurs de la Commission des droits de la personne, du Vérificateur général 2001-2002, bon.

Maintenant, ce qui est en cours vise à avoir encore une fois une vision intégrée de la situation. D'abord,

pour les personnes en hébergement, il y a les visites d'appréciation de la qualité qui visent à améliorer la qualité des services et qui améliorent la qualité des services. Et laissez-moi vous raconter une anecdote qui date d'hier, où j'étais en Mauricie pour annoncer d'ailleurs le développement plus important de l'antenne de formation médicale avec un pavillon d'enseignement pour l'hôpital de Trois-Rivières. On a également rencontré les dirigeants du centre de santé et services sociaux au sujet de la résidence du Trifluvien. Je prends cet exemple spécifique parce qu'il vaut la peine d'être mentionné.

Dans le cadre des visites d'appréciation en CHSLD, cet établissement-là avait reçu de forts mauvais commentaires, tellement mauvais qu'étant inquiets de la qualité de vie des personnes on avait déclenché une enquête avec un accompagnement, etc., et des rapports séquentiels. Le dernier rapport montre qu'il y a une qualité maintenant de services remarquable à cet endroit-là. Donc, de quoi être fier parce qu'on a transformé, on a pris le moyen de transformer une situation difficile en succès au Trifluvien, et je voudrais réitérer, aujourd'hui, mes félicitations pour les personnes de cet établissement.

Il y a également, outre l'hébergement, les résidences privées où se situent un grand nombre de personnes âgées, et là le député de Borduas et moi, on s'est associés dans l'adoption d'un processus législatif pour la certification des résidences privées. On espère bien que les premières certifications concrètes vont avoir lieu novembre, décembre 2006. Les normes... Vous vous souvenez, M. le député de Borduas, les critères de certification, le travail est très intensif à son... prochainement, elles seront déposées, de même que le mode de fonctionnement du processus de certification. On devrait avoir les premières certifications donc à la fin de l'année 2006.

Il y a également le soutien, dans le domaine des soins à domicile, un événement que je voudrais rappeler parce que c'est un heureux événement et, comme les heureux événements sont rarement rapportés de façon continue, on se permet de le répéter. Je sais que le député de Borduas appelle ça de l'autocongratulation, mais vous me permettez d'être modestement fier de cet élément-là que je voudrais rapporter: c'est l'entente avec les entreprises d'économie sociale. Je m'excuse, M. le Président. J'ai eu un chat dans la gorge. Ce qu'on appelle le PEFSAD, c'est le programme d'exonération financière pour le soutien à domicile où, avec une entente, on améliore de 11 millions de dollars le soutien à l'économie sociale.

L'économie sociale d'ailleurs créée par le gouvernement du Parti québécois, mais qui avait des problèmes structurels importants en termes de financement et de liens. Et on a affaibli donc l'économie sociale. Je me souviens d'ailleurs... C'est intéressant parce qu'au début de mon mandat ma critique de l'époque, qui était la députée d'Hochelega-Maisonnette, me faisait reproche d'utiliser l'économie sociale. Elle disait que c'était la privatisation du système de santé, que c'était bien effrayant, sauf qu'à un moment donné on a sorti la politique de soutien à domicile de son collègue le député de Rousseau, où le recours à l'économie sociale était explicitement mentionnée de même que les responsabilités qui leur étaient désignées, et, par la suite, le chapitre n'a pas été abordé de nouveau.

Donc, 11 millions de dollars de soutien à l'économie sociale, c'est important de le mentionner, parce

que ça permet à ces entreprises qui créent des emplois, luttent contre le travail au noir, de continuer à agir.

Il y a également des crédits d'impôt pour les aidants naturels qui ont été ajoutés. Une hausse de 54 millions du crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile, et bien sûr ça inclut également le soutien pour d'autres personnes qui sont en situation de perte d'autonomie.

● (11 h 50) ●

Mais le noeud de la question et les axes de développement pour les prochaines années se trouvent encore une fois dans le plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie, qui vise à passer d'un modèle institutionnel à un modèle beaucoup plus communautaire dans l'intérêt même des personnes âgées, avec d'ailleurs des investissements en soutien à domicile au fil des années qui se sont réalisés à chaque année.

D'ailleurs, je me souviens, une autre anecdote intéressante du début du mandat, on m'a parfois reproché d'être «hospitalo-centriste»; c'est une étiquette qu'on a tenté d'associer à ma personne. C'est ironique parce que, tantôt sur les urgences, le député de Borduas parle des lits d'hôpitaux, mais, moi, j'étais «hospitalo-centriste». Alors, on voit que les priorités gouvernementales en termes d'investissements, de développement ont été données notamment dans les services de communauté et de proximité pour la perte d'autonomie. Alors, successivement, il y a eu 25, 50, 35, 35 millions pour la mise en oeuvre du plan d'action. Actuellement, ce plan d'action se situe au niveau régional. Chacune des régions élabore son adaptation régionale au plan d'action et est actuellement en analyse — je crois que les plans d'action ont été reçus au ministère — sont actuellement en analyse au ministère pour qu'on leur donne suite et sur le plan de l'organisation des services et sur le plan du volet immobilier.

Il y a d'ailleurs au Québec, prochainement, des annonces extrêmement intéressantes sur le plan des développements immobiliers dans l'hébergement: non seulement la correction des situations parfois très douloureuses de vétusté, mais également la construction de certains nouveaux lits — on va également en parler, et ça va être intéressant, parmi le débat des crédits, d'en parler — également le déplacement, ça se raccroche avec ce qu'on vient de mentionner, le déplacement d'unités d'hébergement dans les hôpitaux de soins aigus dans d'autres unités et le soutien des missions d'excellence, également d'enseignement et de recherche. Il ne faut pas oublier ça parce que ce sont des institutions comme les Institut de gériatrie de Montréal et de Sherbrooke qui nous donnent accès aux meilleurs pratiques. Et aujourd'hui même, dans les journaux, on remarque que le ministère et moi-même très prochainement allons confirmer que la ville de Québec également sera dotée d'un centre d'excellence sur le vieillissement, et qui visera d'ailleurs à consolider la répartition des missions dans le Centre hospitalier affilié de Québec.

Donc, on voit que c'est une approche qui est très large, qui est très intégrée, qui parle des services, qui parle des infrastructures immobilières, qui parle également de la recherche de façon à ce qu'on puisse, au cours des prochaines années, réorienter, continuer à réorienter le système de santé dans une direction plus appropriée en ce qui regarde les besoins de nos aînés, M. le Président, et aînés que nous serons nous-mêmes dans quelques années.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Nelligan, on vous écoute.

Modalités d'octroi des certificats de conformité des résidences privées pour personnes âgées

Mme James: Oui, merci, M. le Président. Le ministre l'a mentionné dans sa réponse, et les collègues se rappelleraient très bien aussi, lorsqu'on a étudié le projet de loi n° 83, l'intérêt qu'ont suscité les certificats de conformité évidemment pour les résidences de personnes âgées. J'aimerais entendre le ministre justement un peu plus sur ce processus-là, sur les modalités, entre autres, et comment avancent les travaux à ce sujet.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Parce que, là, c'est un sujet extrêmement important, puis je suis heureux de pouvoir l'aborder avec encore plus de détail. Et je suis certain que le député de Borduas... d'ailleurs ça lui épargnera peut-être des questions parce que je vais peut-être préalablement répondre à beaucoup de questions qu'il aurait eu le goût de poser.

On sait que... et là le député de Borduas me rendra justice de ça. On a parfois des affrontements, mais, sur certains points, on est parfois dans la même direction, et je le souligne à chaque fois que c'est nécessaire...

M. Charbonneau: Non, pour ça, je pense que vous le faites très bien vous-même.

M. Couillard: Je n'ai pas entendu, M. le Président. Donc, je ne me prive pas de souligner les éléments de nos actions qui sont en continuité avec ce qui s'était fait auparavant, et je le fais régulièrement, et je le ferai d'ailleurs au cours des crédits. Chaque fois que je vais voir que ce qu'on fait est en continuité avec ce qui avait été établi précédemment, je l'indiquerais, avec les améliorations et bien sûr les modifications qu'on aura faites. Exemple, les réseaux universitaires intégrés de santé.

Alors, prenons les résidences privées pour personnes âgées. Un premier pas avait été fait par le gouvernement précédent avec l'instauration d'un registre, donc l'enregistrement au niveau régional de chacune des résidences privées. Il manquait à ce premier pas le deuxième que nous avons ensemble d'ailleurs, puisque, le député de Borduas et moi, on a dirigé une commission parlementaire qui a étudié le projet de loi n° 83 qui a été adopté à l'unanimité. Et maintenant on ajoute la certification quant à la qualité des résidences privées. Alors, cette démarche vise essentiellement le volet de la qualité des soins et des services, et on parle d'un certificat de conformité d'une période de deux ans et qui sera renouvelable, qui peut être également révoqué en cours de validité s'il y a un problème.

Et on se souvient que les résidences privées également vont être sous le regard du Protecteur des usagers, lui-même maintenant rattaché à l'Assemblée nationale via le Protecteur des citoyens à la faveur du même projet de loi n° 83. Donc, la gestion du processus de certification sera sous la responsabilité de l'agence régionale qui procédera à l'émission des certificats, mais

cette dernière, cette agence pourra s'adjoindre les services du centre de santé et de services sociaux. Et je pense que, dans la plupart des cas, ça va être assez logique que ce soit le centre de santé et de services sociaux qui procède matériellement à l'inspection pour la certification, étant donné que les gens connaissent très bien les résidences, les rues sur lesquelles elles se situent et leurs caractéristiques.

Donc, le certificat étant émis, on pourra également demander des correctifs, on pourra refuser de délivrer le certificat, le suspendre, le révoquer et refuser de le renouveler, et il y a un pouvoir d'inspection en tout temps pour continuer la surveillance de ce certificat-là. Je rappelle cependant que les résidences privées sont traitées avec respect, là. On fait d'abord une distinction entre les grosses résidences et les plus petites, on en avait parlé en commission parlementaire, et un propriétaire de résidence privée qui s'estimerait lésé ou injustement traité par le processus de certification a des recours, notamment devant le Tribunal administratif du Québec.

Alors, pour permettre la souplesse dans l'application de ces critères qui sont des critères sociosanitaires, on permet que le règlement puisse prévoir des catégories qui puissent être exemptées de l'application de certains critères, notamment les petites résidences, par exemple, de neuf lits et moins. Outre le respect des critères sociosanitaires, il faut également satisfaire ceux de la Régie du bâtiment, du ministère de la Sécurité publique, du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et les municipalités qui, depuis 2002 d'ailleurs — 2002, c'était à l'époque du gouvernement précédent — sont habilitées à adopter un règlement spécifique pour les résidences de personnes âgées.

Tout établissement public devra, avant de diriger l'usager vers une résidence, s'assurer que l'exploitant est titulaire d'un certificat de conformité. Et deux dispositions techniques d'ailleurs viennent renforcer l'efficacité de la certification: donc, d'abord, que les droits conférés par le certificat ne peuvent valablement être cédés; que l'information concernant la détention du certificat soit ajoutée au registre. Donc, le registre public comportera également des informations sur l'état de situation du certificat de la résidence concernée.

Les critères sociosanitaires traitent principalement du respect des droits et libertés, des services auxiliaires, de la nutrition, de l'entretien des lieux, la socialisation, l'aide personnelle, les soins et services professionnels, la médication, la sécurité physique et bien sûr les autres juridictions, et on est en correspondance avec les autres ministères et organismes pour qu'on s'assure que les juridictions de chacun soient remplies.

Alors, où en sommes-nous? On est actuellement, comme je l'indiquais tantôt, à la phase d'élaboration du règlement pour les critères sociosanitaires qui est en cours de rédaction, devrait être soumis pour publication et prépublication d'ailleurs à l'été 2006, de sorte que nous prévoyons débiter la certification en décembre 2006. En parallèle de ça, bien sûr, il y a un processus de collaboration avec les agences régionales, l'élaboration des critères de reconnaissance des organismes qui nous pourrions... que les agences pourraient désigner ou les CSSS pour établir la certification, l'identification des organismes désignés par le ministère et surtout, et c'est important, l'information auprès de ses partenaires que doivent devenir les exploitants de résidences pour personnes

âgées ainsi que la population et la formation des intervenants eux-mêmes qui feront ladite certification, M. le Président.

Le Président (M. Paquin): Merci, M. le ministre. M. le député de Borduas, je vous donne la parole.

Causes de l'obligation pour des hôpitaux de limiter le nombre de lits accessibles

M. Charbonneau: Bien. Merci, M. le Président. Alors, je vais revenir sur la question des urgences. Dans l'article de *La Presse* d'hier, à un moment donné, on disait — l'article, signé par Pascale Breton; on disait — dans une des notes: «Dans les faits, par manque de personnel ou d'argent, la plupart des hôpitaux limitent le nombre de lits accessibles.» Question très simple au ministre: Est-ce que c'est exact?

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

M. Couillard: Alors, lorsqu'il y a des limitations de lits — puis c'est très rare, parce qu'encore une fois nous, on ne coupe pas les lits — ce n'est jamais le budget; il y a de l'argent pour ouvrir les lits. Lorsqu'il y a des difficultés, c'est par manque de personnel. Et qui a créé le manque de personnel? Réponse: L'opposition actuelle lorsqu'ils étaient au gouvernement. Donc, encore une fois, il y a parfois des lits qu'il est difficile de maintenir ouverts, mais ce n'est jamais pour des raisons financières. Lorsque ça se produit — et c'est très rare — c'est pour des raisons de manque de personnel, et on connaît très bien les causes de ce manque de personnel, M. le Président, le député de Borduas lui-même les connaît.

● (12 heures) ●

M. Charbonneau: M. le Président, c'est drôle, parce que, dans le document, tome I, à la page 350, on disait: «Le nombre de lits protégés pour les chirurgies avec hospitalisation par établissement, région et total au 31 mars», dans la réponse, on dit: «De plus, le nombre de lits disponibles varie selon les différentes périodes de l'année, temps, fêtes, relâche, congé estival et coupures budgétaires.»

Et, hier, dans les textes qu'on pouvait lire... Parce que finalement les quotidiens du groupe Gesca dans les régions ont interrogé certains des dirigeants des établissements de santé, et, par exemple dans le texte de *La Voix de l'Est*, on disait: «La situation pourrait même empirer. Les établissements sont contraints de placer des patients, si nécessaire, qui nécessitent une longue hospitalisation dans des lits de courte durée. La situation pourrait même empirer. Les dirigeants des hôpitaux sont catégoriques: si Québec ne débouque pas de fonds supplémentaires, la situation se dégradera.» Le ministre vient nous dire que ce n'est pas une question d'argent, et ce n'est pas ce que les établissements nous disent. On dit ici — et là, je pense, par exemple, dans la région de la Haute-Yamaska, le CSSS de la Haute-Yamaska — on dit: «Il manque aussi de lits de courte durée et de longue durée. Facile dans les circonstances d'expliquer la piètre performance de l'établissement dans le bulletin des urgences, il nous manque des lits de courte durée. Si on se compare à la moyenne nationale, dit le directeur M. Vézina. En plus, la Haute-Yamaska est la région où il manque le plus de lits de longue durée en Montérégie et peut-être même au

Québec. Alors, les investissements récemment annoncés ne régleront pas le problème. Même si la nouvelle urgence qui verra le jour dans deux ans comptera 20 civières, il manquera toujours des lits aux étages. La direction de l'hôpital estime qu'il en faudrait 70 de plus. L'agrandissement de l'urgence va régler une partie du problème, mais tant qu'il n'y aura pas plus de lits de courte durée et de longue durée, on va avoir des difficultés à l'urgence. Pour assurer ces services, il faudrait 5,5 millions de dollars de plus au budget de fonctionnement de l'hôpital qui est de 94 millions de dollars», alors...

Et une autre directrice, celle-là du CSSS La Pommeraie dit: «On a des besoins pour ouvrir des lits, mais on n'a pas de fonds pour ça. Le CSSS La Pommeraie aurait besoin de 81 lits de longue durée de plus en 2011, prévient l'Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie.»

Alors, comment le ministre concilie la réponse qu'il vient de nous faire, qu'il vient de me faire avec ces affirmations et ces déclarations des gens d'établissement qui nous disent: Écoutez, là, ce n'est pas juste une question d'organisation des services, du travail, d'appliquer la bonne recette, c'est aussi un problème de ressources financières?

Et encore une fois, je repose la question, tu sais, très franchement au ministre que je lui ai posée au début: Le fait qu'il manque actuellement 3,1 milliards par rapport aux investissements qu'il aurait dû pouvoir effectuer depuis le début de son arrivée en responsabilité, est-ce qu'il pense que ça n'a pas de conséquence? Est-ce qu'il va continuer à prétendre que ces investissements-là qui n'ont pas été faits mais qu'il avait promis d'être faits et qui devaient être faits... Parce qu'à l'époque, si on les a promis, c'est parce qu'on considérait qu'il y avait un rattrapage à faire, et incidemment les deux grands partis étaient d'accord pour qu'il y ait un rattrapage. Mais là il y a un problème de sous-financement, et, aujourd'hui, on nous dit: Le problème dans les urgences, là, ce n'est pas un problème d'argent, c'est juste un problème d'organisation de services. Il y a des gens qui appliquent la bonne recette. Si les autres faisaient pareil, s'ils faisaient leur devoir, ce serait réglé. La situation, est-ce que le ministre convient que c'est un peu plus compliqué que ça, puis que, dans plusieurs endroits, il y a un manque de ressources, hein?

On pourra reparler plus tard, les médecins de famille, par exemple, puis parlons-en, tiens, d'une certaine façon, maintenant, hein, parce qu'il y a une relation. Pourquoi les gens se retrouvent à l'urgence, entre autres? C'est parce que, dans certains cas, ils sont... ils n'ont pas de médecin de famille, ils ont des problématiques chroniques, ils sont en situation de vulnérabilité. Alors, au lieu d'attendre 10, 12 heures, des fois, dans des cliniques sans rendez-vous, ils se disent: On va aller à l'urgence. Alors, ça aussi, dans les... La présidente de l'Ordre des infirmières dit ça aujourd'hui, dans les quotidiens, qu'il y a un problème. Le manque de médecins de famille au Québec a un effet domino sur l'engorgement des urgences.

Alors, comment on peut prétendre que ce n'est pas un problème de ressources financières? Est-ce que tous les établissements dont je viens de parler sont dans l'erreur et il n'y a que le docteur ministre de la Santé qui a la bonne réponse, comme c'est toujours le cas?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, je vais volontairement être très délicat, là. Je ne relèverai pas la question de la pénurie de médecins parce que ce serait trop facile, là, tu sais de parler de la pénurie de médecins, puis on va se concentrer sur l'autre, l'autre élément qui est la question des budgets.

Puis là il y a une différence très nette à faire. C'est quoi, une coupure de budget? Une coupure de budget, c'est, si j'ai 100 \$ cette année puis j'ai 85 \$ l'an prochain. Ça, c'est une coupure de budget. Alors, du temps du Parti québécois, c'est ça qui est arrivé, parce qu'on se souvient qu'en 1994-1995 il y en avait un montant x, puis ça a pris jusqu'en 1998 pour qu'on revienne au même niveau, parce qu'il y a eu une grosse coupure de budget. Ça, c'est une coupure.

Nous, on investit en santé. Bien sûr, on n'investit jamais au niveau des besoins puis on n'investira jamais, en santé, au niveau des besoins, au Québec comme ailleurs, mais on fait les efforts maximums à chaque année. Mais je vais prendre l'exemple qu'il cite parce que c'est un excellent exemple qui me permet de faire un préavis d'annonce, puis je vais essayer de ne pas trop la, comment dire, la découvrir aujourd'hui. Il faut y aller progressivement, hein, quand même, pour la Montérégie.

M. Charbonneau: ...

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire que la communication, c'est un art, M. le Président, puis il faut laisser la population prendre conscience de ce qui se passe. On va être d'accord avec nous que ce n'est pas malheureusement, parce que c'est important d'écouter les débats parlementaires, mais ce n'est pas toute la population qui écoute nos débats, mais plus qu'on pense cependant.

Alors, en Montérégie, c'est un excellent exemple. D'ailleurs, encore une fois, en Montérégie, s'il y a bien une région qui a eu des ajouts budgétaires sous le gouvernement actuel, c'est la Montérégie. On aura l'occasion, dans d'autres thèmes, et on va le faire avec plaisir, de faire la différence des ajouts budgétaires du gouvernement actuel en Montérégie par rapport au gouvernement précédent, et c'est fort instructif.

Mais pour ce qui est des personnes âgées, effectivement la directrice de La Pommeraiie a raison, il faut développer des nouveaux lits, en Montérégie, d'hébergement. Et la bonne nouvelle, c'est qu'il va y en avoir, des nouveaux lits d'hébergement, bientôt, d'annoncés, plusieurs centaines de lits, et notamment dans les régions comme la Montérégie orientale, Granby, Cowansville, qui ont besoin, parce qu'il y a eu un déplacement de personnes âgées, de plus de lits d'hébergement.

Maintenant, pour ce qui est... Oui, Montérégie orientale, centrale et occidentale, hein? On peut la diviser en trois grandes régions. Effectivement, à Granby, c'est un hôpital qui est en grande difficulté. Puis je suis d'accord avec eux que la petite taille de leur urgence — puis le député probablement la connaît, il a dû visiter cette urgence-là à quelques occasions, je ne dis pas comme patient, là, mais pour passer voir de quoi il s'agissait — une urgence extrêmement réduite en taille, compte tenu de la population. Et il y a une nouvelle urgence qui va être ouverte.

Mais il ne faut pas succomber non plus à la tentation de dire que la seule solution, c'est la construction de la nouvelle urgence ou que la seule solution, c'est

l'ajout d'un x... un numéro... x nombre de lits. Il n'y a jamais un gouvernement qui va accepter comme ça, prima facie, là, prima facie, l'argumentaire sans aller vérifier s'il n'y a pas des arguments ou des utilisations différentes qui peuvent être faites. On veut bien ouvrir des lits, d'ailleurs en soins prolongés, je l'ai dit, on va en ouvrir plusieurs centaines, mais des lits de soins aigus, on va s'assurer qu'ils vont bien être utilisés, qu'on ne fait pas ça...

Parce que c'est plus facile, hein, la pente naturelle, de moindre résistance, c'est ouvrir des lits de soins aigus. Mais il faut s'assurer que toutes les autres ressources sont mises à contribution, notamment encore une fois, j'y reviens encore une fois, les ressources avec... les liens avec les partenaires, soins à domicile, la santé mentale. Et si on fait une démonstration très claire qu'effectivement toutes ces ressources étant utilisées au maximum, on a besoin d'augmenter les lits de soins aigus, on est tout à fait disposés à considérer ça. Mais je répète encore une fois les bonnes nouvelles qui s'en viennent pour la Montérégie, beaucoup, beaucoup de nouveaux lits d'hébergement en Montérégie parce que c'est un endroit qui est en besoins particuliers dans ce domaine, M. le Président.

Bilan d'utilisation des sommes reçues du gouvernement fédéral en 2002 pour l'implantation des groupes de médecine de famille

M. Charbonneau: Je voudrais d'abord dire au ministre que, quand il nous dit: Bien, vous savez, on n'investit jamais au niveau des besoins puis des attentes, c'est vrai. Mais, quand on fait des promesses, là on peut poser la question: Est-ce que vous avez investi au niveau des engagements que vous avez pris? Et quand la réponse, c'est non, on aimerait bien que quelqu'un le reconnaisse.

Tu sais, quand on promet d'investir 8,9 milliards dans le système de santé pendant cinq ans, pendant le mandat, et qu'on en investi à peine 4,2 milliards après quatre ans, je veux dire, il en manque pas mal, là. On ne peut pas prétendre qu'encre une fois, là, le fait que ces sommes-là ne sont pas dans le système, que ça n'a pas de conséquences. Tu sais, c'est comme... Tu sais, il y a une conséquence à l'acte, comme on dit. Et l'acte, en l'occurrence, c'est un sous-investissement chronique qui se perdure, pourquoi? Parce que, de l'autre côté, on avait promis qu'on ferait mieux que nous et qu'on irait chercher, nous, les fédéralistes, plus d'argent à Ottawa parce que, nous, entre fédéralistes, on s'entend bien.

En réalité, c'est que vous n'avez pas été en chercher plus que nous et que dans le fond, quand vous parliez de l'entente historique tantôt, bien, je veux dire, cette entente historique là, elle n'est pas plus historique que celle que Bernard Landry a signée avec Jean Chrétien. Et, dans les deux cas, les deux ententes ont permis à l'État québécois de maintenir à flot le système, mais pas d'augmenter et de faire le rattrapage qui a été identifié par le Parti libéral et par le Parti québécois. Lors des dernières élections, les deux partis avaient identifié un besoin de rattrapage additionnel, donc un besoin de rehaussement du financement, en surplus du besoin de financement du système qui est à la hauteur de 5 %, 5,1 %, 5,2 %, c'est-à-dire à peu près 1 milliard par année.

Encore une fois, c'est ça, la réalité. Et bon, je suis content pour les gens de la région de l'Estrie de voir... ou de la Montérégie, mais, enfin c'est juste à la limite là, Granby étant des fois considéré comme dans l'Estrie par certains, pas la Montérégie, mais en tout cas. Tant mieux. Mais la réalité, c'est que — et ça, le ministre n'y a pas répondu; c'est que — le problème des urgences, là et ailleurs, ce n'est pas juste un problème d'organisation des services, c'est aussi un problème de ressources à cause d'un effet domino. Si, pour avoir plus de places en centre... puis on va revenir sur ça après-midi, pour avoir plus de places en centre... en soins de longue durée, en soins à domicile, il faut plus d'argent. Pour avoir plus de places en centre d'hébergement, quelle que soit la formule d'hébergement, plus légère, plus lourde, ça prend plus d'argent. Pour avoir plus de médecins de famille, ça prend aussi de l'argent, mais là ça prend aussi... le ministre nous dit: Il y a un problème avec les médecins, il y a une résistance importante des médecins.

Et, moi, sur cette question-là, je voudrais poser la question suivante, sur la question des groupes de médecine de famille: Vous aviez promis qu'en juin 2005 on atteindrait la cible qui avait été fixée: 300 groupes de médecine de famille. Ça n'a pas été atteint. Mais, moi, j'ai signé, comme ministre des Affaires intergouvernementales, en juin 2002, une entente avec mon homologue fédéral, puis le ministre de la Santé québécois d'alors avait cosigné cette entente-là où on allait chercher 140 millions du gouvernement canadien pour développer les 300 groupes de médecine de famille. Puis d'ailleurs les 300 groupes de médecine, là, c'était spécifiquement indiqué dans l'Accord de contribution concernant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. C'est comme ça que l'entente était désignée à ce moment-là.

Dans le fond, si on veut simplifier pour que les gens comprennent, puis c'est ce que l'accord prévoyait, c'est que, pour développer 300 groupes de médecine de famille, ça prenait 300 millions, c'est-à-dire ça coûte un million à peu près par groupe de médecine. Il y a un demi-million d'argent qui était une injection de fonds ad hoc, une fois, pour permettre aux groupes de médecine de famille de s'équiper technologiquement puis au plan des infrastructures, puis, après ça, il y a un accord qui revient à chaque année, c'est-à-dire il y a un 500 000 \$, un demi-million, qui, à chaque année, doit être accordé. C'est l'accord de contribution, là. Dans le fond, c'est une autre forme de convention entre les établissements ou l'État et les groupes... les médecins qui sont des entrepreneurs privés, là. Autrement dit, ça nous coûte, à chaque année, pour chaque groupe de médecine de famille, 500 000 \$.

Moi, j'aimerais savoir, le 140 millions, là, il a été dépensé comment? Ou on en est où? Il reste combien d'argent dans le pot?

● (12 h 10) ●

M. Couillard: Alors, M. le Président, tout l'argent a été utilisé. Tout l'argent a été dépensé pour la première ligne, notamment l'inscription des clientèles vulnérables, les groupes de médecine de famille et tout ce que le député de Borduas connaît bien.

Mais je veux quand même faire deux petites remarques d'introduction. Il y a une grosse différence — on y reviendra plus tard cet après-midi peut-être ou un autre jour, pendant les crédits, il y a une très grosse

différence — entre l'entente de septembre 2004 et celle du gouvernement précédent, très, très grosse différence, notamment, puis il vient de le dire lui-même dans sa question: c'est que le gouvernement précédent, qui a pourtant, j'en suis certain, à cœur les intérêts du Québec et le respect de ses juridictions, a accepté les fonds ciblés. Ils ont accepté de se faire dire: Bien, cet argent-là, vous allez faire ça avec; cet argent-là, vous allez accepter ça avec. Il vient de le dire lui-même, un fonds spécifiquement créé pour cette utilisation-là, alors que l'entente d'Ottawa a été clairement faite de façon à ce que les compétences et la liberté de choix du Québec soient assurées, et je pense qu'au moins le député de Borduas devrait reconnaître cet élément-là.

Maintenant, si on regarde la situation des groupes de médecine de famille... Puis entre parenthèses, les nouveaux lits de soins prolongés, ils vont être financés. Je peux déjà dire que, lorsqu'on va les annoncer, on va annoncer le financement aussi, un autre préavis d'annonce auquel le député de Borduas va être sensible, je crois.

Mais si on regarde la question des groupes de médecine de famille, si on reconnaît, par exemple, la question de l'état actuel à la grandeur du Québec et actuellement en Montérégie, la réalité, puis c'est une autre réalité qui a la vie dure parce que, comme tous les faits, elle a la vie dure, c'est qu'il y avait zéro groupe de médecine de famille en Montérégie. Pourtant, encore une fois, la Montérégie, c'est une région qui était très fortement représentée au Conseil des ministres, et je suis toujours surpris quand je constate ça, la Montérégie a été un peu la parent pauvre en santé pendant des années, malgré justement une représentation gouvernementale très forte en terme de stature et de postes.

Il y en a 19 actuellement, groupes de médecine de famille, en Montérégie, et on voit que le nombre de patients également qui y sont inscrits augmente continuellement. Même chose à la grandeur du Québec, puisqu'on a actuellement donc 108 groupes de médecin de famille accrédités, trois en voie d'accréditation, 32 à l'état de projet; parmi les 32, on pense qu'il y en a une douzaine qui seront rapidement prêts à des accréditations, puis on accompagne les projets. Et également on a actuellement, au 25 mars 2006, 781 000 patients, 781 585 patients inscrits, et en fait ça avait augmenté à 795 000 le 14 avril. Il y en avait 9 651 au 31 mars 2003. Ce n'est pas moi qui l'invente, M. le Président, c'est encore une fois un fait, là: 9 651 patients inscrits dans les groupes de médecine de famille au 31 mars 2003, 795 489 le 14 avril 2006. Alors, il y a un déploiement des groupes de médecine de famille, c'est exact, et je pense que le député de Borduas lui-même l'a constaté en commission parlementaire.

Je ne dirais pas qu'il y a une résistance, là, forte, là, mais il y a une certaine, un certain essoufflement de l'adhésion des médecins à la formule. Au début, on a immédiatement recruté les convertis, hein, et ceux qui y croyaient beaucoup, dans la profession médicale, ont été les premiers à adhérer à la formule. Par la suite, c'est les gens qui étaient un peu plus mitigés. Maintenant, on doit convaincre les médecins qui sont au départ un peu résistants à toute forme de lien contractuel et formalisé entre eux et le système de santé.

Mais on continue quand même d'insister sur la question en rendant la formule plus souple. On ne veut pas la dénaturer cependant. Dénaturer la formule, ce

serait en retirer l'inscription, en retirer le suivi, en retirer le travail multidisciplinaire. On ne veut pas faire ça. Cependant, on accepte maintenant d'accréditer, par exemple, des groupes de médecine de famille pour les plus petits groupes de médecins en leur faisant confiance que cet outil-là va leur permettre d'attirer des jeunes médecins qui, eux, en général sont intéressés à l'idée de travailler en groupes multidisciplinaires puis dans des plus grandes unités. Alors, il n'est pas question de diminuer le rythme de déploiement des groupes de médecine de famille, ça va continuer.

On a également la formule des cliniques-réseaux qui commence à Montréal et qu'on veut étendre également dans d'autres régions. Je pense que le député de Borduas, particulièrement pour la Montérégie urbaine, là, serait probablement intéressé à ce que des projets de cliniques-réseaux voient le jour, là, pour soutenir Charles-LeMoine et Pierre-Boucher, par exemple, deux hôpitaux qui ont besoin justement d'avoir ces liens.

Et donc on continue le déploiement de ces groupes-là en utilisant l'argent qui a été bien sûr transféré de nos compatriotes du gouvernement fédéral, une partie qui est de l'argent des Québécois qui a été payé en taxes, en impôts, une partie aussi qui est de l'argent créé à l'extérieur du Québec, particulièrement dans les régions les plus riches de notre pays, ce qui nous permet de bénéficier de cette richesse également de façon équitable. Et je rappelle que l'entente de 4 milliards sur la santé qui a été conclue à Ottawa s'inscrit dans un tableau beaucoup plus large où il y a pour 13 milliards de dollars d'ententes avec le gouvernement fédéral qui ont été conclues par notre gouvernement depuis avril 2003.

Alors, je pense qu'il y a lieu de s'en féliciter, toujours d'aller plus loin, et c'est ce qu'on veut faire, mais, de ce côté-là, je pense qu'on est sur la bonne voie. Et, moi, j'espère profondément qu'avec les négociations en cours avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, on assistera à un renouveau d'intérêt dans plusieurs régions du Québec pour la formule des groupes de médecine de famille, qui en passant n'est pas en exclusion avec les cliniques-réseaux. Ce n'est pas cliniques-réseaux ou groupes de médecine de famille. On peut très bien faire les deux, parce que les deux ont des missions et des définitions qui sont complémentaires.

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

M. Charbonneau: M. le Président, quand le ministre parle des fonds dédiés en disant: Nous, on a réussi à faire une entente où il n'y avait pas de fonds dédiés. C'est tout un fonds dédié qui lui permet de faire l'informatisation du système de santé, mais on y reviendra, sur cette question-là. Mais le fait est qu'il ne faut pas non plus charrier, là. Quand il y a eu des ententes négociées sur des raisons spécifiques, je pense qu'il y a une question aussi de reconnaissance à l'égard des citoyens que, si on va chercher de l'argent pour telle chose, les citoyens s'attendent à ce que le telle chose se produise. Si le telle chose ne se produit, pas, là, il y a...

Alors, pourtant tantôt, on me dit: Bon, bien, l'argent a été dépensé. Moi, ce que je voudrais savoir, là, c'est: Comment il a été dépensé? Parce que finalement, s'il y a 140 millions et le 140 millions, c'était pour 300 groupes de médecine et on devait prendre... Ça, cet argent-là

était justement... permettait, pour chacun des groupes de médecine, de mettre le 500 000 \$ nécessaire une fois pour faire le démarrage. Il n'y a pas 140 groupes de médecine de famille, hein, il y en a 108. Puis le ministre, là, il récupère facilement, puis toujours à son avantage, tout ce qui...

Je m'excuse, mais il y avait 80 dossiers. Il y en avait 40 d'autorisés, il y en avait 40 autres qui étaient près de l'être, autorisés. Il peut bien dire que, maintenant, ils sont là. C'est vrai, ils sont là, mais ils ont été autorisés avant, puis, je veux dire, le processus normal, c'est qu'ils se développent. Je veux dire, qu'ils se développent sous sa responsabilité ou que ce soit... C'est correct. Je veux dire, c'était sa responsabilité de le faire. Tu sais, qu'il ne demande pas, là, qu'on le félicite pour des choses qui étaient démarrées avant lui puis qui avaient été autorisées avant lui. Mais c'est correct que ça se fasse. Puis s'il veut le mettre dans son bilan, si ça lui fait plaisir, très bien.

La réalité, là, c'est qu'il ne s'en est pas développé beaucoup au même rythme depuis qu'il est fonction. Il le reconnaît, il y a une résistance. Il y a eu un engouement au début, là, c'était plus difficile. On a changé la formule, on a dit: Maintenant, il y a des résistants, on va développer une autre approche de cliniques-réseaux.

Moi, je voudrais aussi savoir: un, plus précisément: Qu'est-ce qu'on a fait avec le 140 millions? Où c'est allé spécifiquement? Parce que dans le fond on aurait un bon exemple d'argent qui devait être pour des groupes de médecine de famille, puis, s'il a été totalement dépensé, ça veut dire qu'il n'a pas été dépensé uniquement pour des groupes de médecine de famille. Est-ce que ça correspond aux termes de l'accord que, moi, j'ai signé quand j'étais ministre des Affaires intergouvernementales puis que le député de Rousseau a signé quand il était ministre de la Santé, d'une part?

Stratégie d'implantation des groupes de médecine de famille

Deuxièmement, quelle est la stratégie d'implantation que le ministre a? Parce que, au départ, quand il est arrivé en fonction, en mai 2003, il y avait dit: Moi, là, la cible de juin 2005, c'est ma cible. Puis là, dans le plan stratégique, on se rend compte que la cible, c'est peut-être 2010.

Alors, c'est clair qu'il y a un problème d'implantation, là, et d'accroissement. Quelle est la stratégie ou le plan d'action que le ministre a décidé de déployer pour intensifier, pour convaincre plus? Et est-ce qu'il pense qu'actuellement le type de négociation ou de non-négociation avec, entre autres, la Fédération des médecins omnipraticiens, c'est de nature à inciter plus de médecins omnipraticiens à s'engager dans cette formule-là?

● (12 h 20) ●

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Mais c'est également l'occasion... et je ne sais pas pourquoi le député de Borduas dit non-négociation, parce qu'il y a des négociations en cours avec les fédérations médicales, hein, et on va certainement placer des groupes de médecine de famille dans le coeur de multiples autres actions. Parce que, pour la première ligne, il y a les groupes de médecine de famille, mais il y a également les cliniques-réseaux, qui encore une fois ne sont pas exclusives par

rapport aux groupes de médecine de famille, il y a le développement d'infirmières praticiennes de première ligne, qui pour nous et moi, personnellement, est important. On sait qu'au Québec, depuis longtemps, on aurait dû déjà, puis je n'en fais pas un reproche au gouvernement précédent, il y a des résidences corporatistes, là, de longue date qui ont fait obstacle à ce projet-là, mais qui sont en train de s'amenuiser de sorte qu'on va pouvoir développer cette question-là. Mais je répète que tout l'argent a été dépensé pour les groupes de médecine de famille et les organisations de première ligne. Mais il sait bien, puisqu'il a signé lui-même l'entente, que chaque fois il faut l'accord du gouvernement fédéral, puisque c'est un fonds dédié, à chaque fois ça a été donné. Donc, l'argent a été bien utilisé et, pour les prochaines années, on va l'utiliser également pour les nouveaux groupes de médecine de famille.

Maintenant, c'est un élément de paternité que je reconnais également au gouvernement précédent, l'idée des groupes de médecine de famille, mais vous me permettez de souligner que cette paternité a été faite après un avis du Conseil médical du Québec auquel mon voisin de droite n'est pas étranger, mais il faut donc partager la paternité, puisque, de toute époque, on tire partie de l'expertise des gens qui sont dans le réseau de santé, puis là-dessus on s'entend bien, le député de Borduas et moi, sur cette question-là, mais on l'a mis en place effectivement de façon accélérée parce qu'on y croit.

Moi, j'y crois, aux groupes de médecine de famille. Et la façon dont on pense qu'ils peuvent se développer plus au cours des prochaines années, c'est, par exemple, autour des projets cliniques. Vous savez que chaque centre de santé et de services sociaux élabore son projet clinique dont la mission de santé physique est la première ligne, alors ils doivent se donner des objectifs à travers leur directeur général de médecine générale, leurs collaborateurs, puis on se souvient qu'il y a un médecin en cabinet qui est au conseil d'administration de chaque centre de santé et de services sociaux, qui doivent se donner comme objectif de développer ou de susciter des projets de groupes de médecine de famille au cours des prochaines années.

Les cliniques-réseaux également, on a commencé à Montréal, puis on va les faire dans d'autres régions. Mais je répète encore une fois parce que je ne voudrais pas que ce soit une notion — puis ce n'est pas le député de Borduas qui le fait — mais je ne voudrais pas que ce soit une notion qu'il sente qu'on a à choisir entre une clinique-réseau puis un groupe de médecine de famille. Ce n'est pas une alternative aux groupes de médecine de famille, c'est une formule différente pour des besoins différents. Et la preuve maintenant d'ailleurs, c'est qu'il y a des gens qui font des cliniques-réseaux qui découvrent le bien-fondé d'avoir ces ententes avec le réseau, qui s'intéressent maintenant à développer des groupes de médecine de famille en même temps que leur clinique-réseau. Donc, pour illustrer très brièvement, une clinique-réseau qui est là pour servir à peu près 50 000 personnes en suivi puis en sans rendez-vous peut être en lien avec plusieurs groupes de médecine de famille qui participent à la clinique-réseau et qui suivent des patients qui y sont abordés.

L'informatisation va aider beaucoup, puis je suis content de voir que le député de Borduas va aborder cette question-là parce que c'est tout à fait passionnant,

notamment la façon dont, nous, on a abordé nos relations avec Inforoute Santé Canada, et il y aura un élément comparatif — on ne m'en voudra pas là; un élément comparatif — qu'on va vouloir souligner entre l'attitude du Parti québécois par rapport à Inforoute Santé Canada et la nôtre, qui malheureusement a fait perdre au Québec des millions de dollars de fonds fédéraux avant 2003 pour l'informatisation du réseau de la santé. Mais on y reviendra parce que le député de Borduas nous a promis qu'il voulait en parler, puis j'ai hâte d'en parler également parce qu'on sait qu'on a fait une très belle annonce récemment de plus d'un demi-milliard de dollars pour l'informatisation du système de santé.

Donc, oui, les groupes de médecine de famille vont continuer à être développés; oui, on veut qu'ils se développent; oui, on y croit. Ça, je pense, c'est une chose qu'il faut réaffirmer: moi, je crois personnellement aux groupes de médecine de famille, et on va continuer à les soutenir. Bien sûr, comme la caisse fédérale est vide, maintenant on va la faire avec nos propres ressources financières. Advenant le cas où il y aurait une autre entente fédérale-provinciale qui s'ajouterait, bien sûr on en tirera profit, mais ça ne nous empêchera pas... on n'attendra pas ça pour développer des nouveaux groupes de médecine de famille. Et ce que je peux assurer l'Assemblée puis le député de Borduas, c'est que, dans les ententes fédérales-provinciales, on est très attentif à respecter nos juridictions et nos choix. Et d'ailleurs, l'exemple d'Inforoute Santé Canada est un excellent exemple là-dessus; on aura l'occasion d'y revenir prochainement dans les débats.

Bilan d'utilisation des sommes reçues du gouvernement fédéral en 2002 pour l'implantation des groupes de médecine de famille (suite)

M. Charbonneau: Est-ce que... le ministre dit: On a tout dépensé l'argent, puis il dit: Pour chaque fois... puis c'est effectivement le cas, là, il fallait avoir un accord du niveau fédéral. Est-ce que vous pourriez déposer la liste des accords puis la liste... autrement dit, qu'on dise: Le 140 millions, voici comment il a été dépensé, distribué pour... et on aurait finalement le détail de l'utilisation de ce 140 millions là.

M. Couillard: Pas de problème, mais pas aujourd'hui, vous me le pardonnerez, en cours de commission...

M. Charbonneau: D'ici la fin des crédits?

M. Couillard: ...d'ici la fin des crédits, on vous donnera le renseignement.

Le Président (M. Copeman): Excellent. Nous avons terminé ce bloc d'échange. Il reste cinq minutes de temps. M. le député d'Orford, est-ce que vous... Allez-y pour...

M. Reid: Je peux... Si vous voulez, M. le Président, je peux commencer et je poursuivrai cet après-midi parce que je voudrais faire un petit préambule avant de poser des questions.

Alors, j'ai l'intention, M. le Président, de poser une série de questions, environ cinq questions, sur les crédits nécessaires à l'augmentation des ressources humaines dont le Québec a besoin pour répondre au besoin des Québécois et des Québécoises au niveau des soins de santé. Toutes mes questions sont liées à la correction que nous avons offerte et que nous nous sommes attachés à faire à une erreur grave qui a été commise par le gouvernement précédent, erreur qui a été qualifiée de la plus grave erreur, etc. Je vous passe les commentaires parce qu'on cite souvent cette citation de M. Jean-Robert Sansfaçon, qui a été commise dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix.

Je vais d'abord poser une question sur la formation des médecins dans nos facultés de médecine, qui a causé, au-delà du départ à la retraite de 1 500 médecins, le fait qu'on ait fait une formation en quantité d'admissions qui étaient relativement anémiques par rapport même à ce qui existait auparavant n'a rien fait pour corriger la situation et l'erreur qui a été commise, et je voudrais donc que le ministre nous parle... et je vais revenir sur la question, mais je vais faire ma liste de questions, si vous permettez... de cette question-là et des manières dont nous nous sommes pris et dont il s'est pris pour répondre à cette problématique-là, mais j'aimerais aussi avoir une idée de comment ça se répartit dans les crédits.

Nous sommes à l'étude des crédits et c'est intéressant d'avoir un petit peu plus concrètement, parfois, si on est capables de donner des éléments de crédits reliés à ça. Dans les augmentations de budget, on sait qu'il y a eu des augmentations assez extraordinaires de budget et encore une fois, le ministre l'a mentionné tantôt, il ne s'agit pas de coupures. Ce sont des augmentations réelles qui ont donné lieu à des corrections réelles, mais j'aimerais qu'on puisse, M. le Président, avoir des données assez concrètes sur ces faits-là. Je vais revenir là-dessus.

Ma deuxième question va porter sur l'augmentation de l'apport des médecins, mais pas par les facultés de médecine cette fois-là, mais plutôt par l'apport des médecins étrangers, pour lequel il y a des efforts qui ont été consentis. Et j'aimerais, là aussi, avoir des chiffres sur ce que ça donne, mais en même temps ce que ça coûte. Alors, on est à l'étude des crédits, et c'est intéressant de voir que les crédits sont effectivement utilisés pour des changements qui ont un impact très sérieux sur notamment le nombre de l'effectif médical.

Ma troisième question portera sur la réponse aux besoins des régions. Oui, on peut avoir des statistiques nationales, on peut avoir des organisations nationales, mais je sais que le ministre a organisé, a fait des efforts avec le ministère dans le sens des régions et j'aimerais voir comment ces efforts-là sont organisés, de quelle façon ces efforts-là sont budgétés, et quels sont les crédits qui sont accordés à ces efforts-là pour autant qu'on puisse le faire. Parce que parfois, évidemment, ce sont des crédits qui sont généraux, mais à chaque fois qu'on peut identifier des crédits qui sont liés à des efforts qui ont été faits pour les régions, ce serait quelque chose d'intéressant à faire.

Vous comprenez, M. le Président, que la raison pour laquelle je donne mes questions à l'avance et que je parle de crédits, c'est pour donner une chance un peu aussi aux personnes qui sont avec M. le ministre de pouvoir peut-être lui donner certains chiffres qu'il ne sait pas toujours par coeur, j'en suis sûr.

Ma quatrième question va porter sur les efforts qui sont faits pour pallier au manque d'infirmières qui, elles aussi, ont été touchées par les départs à la retraite importants. Malgré des efforts qui ont été consentis, on sait que c'est un problème qui est encore important, et il y a certains efforts qui sont regardés. Il y a des comparaisons qui sont faites avec des choses qui existent ailleurs, en Ontario notamment, et j'aimerais... On parle, par exemple, des infirmières spécialisées, des infirmières de première ligne et tout ça. J'aimerais qu'on puisse avoir, là aussi, une idée des efforts qui sont consentis et à comment ça peut correspondre à des crédits. On prendra le temps qu'il faut, M. le Président, pour être capables d'avoir une idée assez claire au niveau des crédits également et pas uniquement au niveau des réalisations, parce que je trouve que les réalisations souvent passent un peu inaperçues parce qu'on... et d'un autre côté, on parle d'argent, puis on n'a pas toujours l'idée de comment cet argent-là est associé à des réalisations concrètes.

Et ce que j'aimerais que le ministre puisse nous aider à comprendre ici, aujourd'hui, M. le Président, la cinquième et dernière question, c'est quelque chose qui a à voir avec les crédits, mais pas nécessairement quels crédits on porte, mais quel est l'impact sur les crédits de mesures, de lois, notamment deux lois qui ont un impact sur les relations de travail. Je pense notamment à la loi qui a été votée par le Parlement il y a quelques années, la Loi sur la... je ne me souviens plus du nom exact, mais la concentration des unités d'accréditation syndicale, et notamment au niveau des hôpitaux, quel effet maintenant peut-on dire, aujourd'hui, que cela a eu sur les crédits et sur les soins, et finalement l'effet de la loi n° 142 sur les conventions collectives, qui, elle, est plus récente mais qui a eu des effets également aussi. Et ce serait intéressant, M. le Président, qu'on puisse comprendre les effets sur les crédits de cette loi-là également, ce sera ma cinquième question.

Alors, si vous voulez, on pourrait peut-être prendre les questions une par une cet après-midi.

● (12 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): Alors, effectivement, nous allons s'attendre à avoir une réponse à ces cinq questions-là dès la reprise de nos travaux. Il est prévu que nous siégeons cet après-midi. Malgré cela, j'ajourne les travaux de la commission sine die. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 31)

(Reprise à 15 h 17)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission poursuit ses travaux. Nous sommes toujours sur l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2006-2007. On se souvient que le député d'Orford avait posé... commencé à poser une série de cinq questions. Il reste 15 minutes à ma droite pour ce bloc de temps d'échange. Alors, M. le député d'Orford, si vous voulez peut-être nous rafraîchir la mémoire quant à votre première question.

Crédits consacrés au financement de la stratégie visant à assurer la formation d'un nombre suffisant de médecins

M. Reid: Alors, merci, M. le Président. J'ai annoncé mes cinq questions pour donner une chance au personnel du ministre de préparer peut-être certains éléments de crédits qui pourraient ne pas être prêts, si jamais c'était le cas.

Je vais donc reprendre la première question et, si vous me permettez, je vais déposer un document ici qui s'appelle *Nouvelles inscriptions dans les programmes de doctorat de premier cycle en médecine de 1979 à 2006*. Et je voudrais donc, dans cette première question, revenir sur la formation de nos facultés de médecine et demander au ministre les éléments nouveaux d'orientation et de pratique qu'il a mis en place dans les facultés de médecine et, si possible, comme je l'ai demandé, d'avoir des crédits.

Mais auparavant, pour qu'on comprenne bien, M. le Président, l'importance de ce qui est fait aujourd'hui, il faut comprendre les difficultés que les facultés de médecine et que la formation de médecins a vécu dans les années quatre-vingt-dix et, si on regarde le tableau que j'ai passé, on va voir qu'en particulier, dans les années 2000... je vais prendre l'année, pardon, 1996-1997, et je vous prierais de prendre la colonne... on n'a pas encore le dossier, je pense, hein, qui est passé? Alors, je reviendrai tout à l'heure au tableau, mais, grosso modo, il y a deux grandes orientations pour planifier les effectifs médicaux, et je ne suis pas du monde de la santé mais du monde de l'éducation et, au risque de simplifier, ma compréhension est que la consommation de soins... la première orientation, c'est qu'on considère que la consommation de soins par la population et donc les coûts de la santé sont fonction du nombre de médecins. Autrement dit, dans cette vision-là, au risque de simplifier, plus il y a de médecins plus ça coûte cher, moins il y a de médecins moins ça coûte cher.

La deuxième vision, c'est une vision très différente qui est celle où la consommation de soins et donc les coûts associés à la santé sont fonction des besoins de la population en santé, et donc le nombre de médecins est à ajuster en fonction de ces besoins, et les coûts doivent suivre et les gouvernements doivent trouver les façons de la faire.

● (15 h 20) ●

Notre approche de toute évidence, de notre gouvernement, M. le Président, est l'approche b, c'est-à-dire où la consommation de soins et de coûts de la santé sont fonction des besoins de la population, mais par contre il faut bien dire que — et je simplifie à peine, M. le Président, et vous allez comprendre pourquoi dans l'illustration que je vais en faire; que — dans les années quatre-vingt-dix, et je vais prendre pour cible 1996-1999, trois ans en particulier où le gouvernement précédent du Parti québécois avait vraiment pris cette approche où la consommation de soins et des coûts de la santé qui étaient à réduire dans les objectifs que le gouvernement s'était donnés était fonction du nombre de médecins. Donc, l'approche, dans ce sens-là, pour réduire les coûts de la santé, était de diminuer le nombre de médecins, et on est arrivé à faire sortir 1 500 médecins du système, donc autant de médecins qui ne rencontraient plus les patients, qui ne prescrivaient plus et qui ne demandaient plus d'être payés pour rencontrer les patients, et, par ailleurs, pour juste

rendre le problème plus aigu, on a diminué la capacité des facultés de médecine de renouveler les effectifs, et le tableau qui va être passé va permettre d'illustrer ce fait-là.

Mais, dans ce tableau — et les membres de la commission pourront regarder à la colonne «Université de Sherbrooke», parce que c'est un exemple que je vais donner, dans les années 1994, 1995, 1996, etc., et prenons plus directement 1996 et 1997, où on voit que le nombre de Québécois qui ont été admis à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke était de 72 — je voudrais juste illustrer ici jusqu'à quel point le gouvernement en place à cette époque a pris au sérieux cette diminution, cette volonté de diminuer les admissions dans les facultés de médecine, parce qu'on voit que les admissions étaient les plus basses qu'il y a eu ces années-là. Aujourd'hui, on est à 130, et le ministre, tantôt, pourra nous expliquer comment on en arrive là, comment ça coûte pour en arriver là et qu'est-ce que ça donne d'arriver là.

Mais je voudrais vous donner le témoignage suivant. À l'époque, en plus des compressions très sévères qu'on avait dans les universités, il faut comprendre que la capacité d'accueil — c'est un mot désigné dans les universités qui dit le nombre d'admissions qu'on peut faire avec le personnel qu'on a, les salles que l'on a et les espaces que l'on a — était de l'ordre de 120 étudiants nouveaux qu'on aurait pu admettre cette année-là, et, si vous regardez au niveau du tableau, on a admis 72 étudiants, et si ma mémoire est bonne, si ce n'est pas cette année-là, c'est la suivante, mais on a admis deux étudiants en médecine de plus que ce que le gouvernement de l'époque nous avait autorisés à admettre. Savez-vous jusqu'à quel point ce gouvernement-là prenait ça au sérieux, le nombre d'étudiants qu'il fallait réduire? Non seulement on ne nous a pas donné les subventions pour cet enseignement aux deux étudiants supplémentaires, mais, pour nous punir d'avoir pris deux étudiants de trop malgré les besoins du Québec, on avait été pénalisés de la subvention équivalente de deux étudiants supplémentaires qui étaient. Donc, on avait quatre étudiants qui n'étaient pas subventionnés. Juste pour nous faire comprendre qu'on ne jouait pas avec ça. Le gouvernement avait décidé de réduire la capacité de renouvellement des médecins, parce que l'objectif semblait être de réduire le nombre de médecins, et donc l'Université de Sherbrooke, comme d'autres universités d'ailleurs, n'ont pas eu le choix, d'aucune manière, et cela malgré la capacité... Écoutez, on aurait pu former pratiquement 40, 45 médecins de plus, admettre, là, et ces médecins-là pratiqueraient aujourd'hui, parce qu'on parle de quelque chose qui s'est fait il y a une dizaine d'années.

Alors, dans cette optique-là et par contraste avec une époque où la formation a été réduite, la capacité de former a été tenue vraiment, disons, en réduction de façon très, très stricte, il est évident, et on sait aujourd'hui que ces choses-là ont beaucoup changé. Ce que j'aimerais, c'est entendre le ministre expliquer de quelle façon ces choses-là ont changé. Évidemment, il y a des choses qu'on sait, mais, dans l'optique des crédits de cette année, ce serait intéressant d'entendre le ministre nous donner quels sont les éléments nouveaux et de faire le lien entre les crédits et les changements de pratiques, les changements d'orientations, qui ont été affectées, et si possible les impacts qu'on s'attend d'avoir, parce que c'est toujours assez long évidemment avant que la formation de médecins nous donne des médecins sur place.

Le Président (M. Copeman): Avant de céder la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux, il est peut-être approprié, à ce moment-ci, de rappeler aux parlementaires les critères que doit utiliser le président de la commission pour le dépôt de documents. On fait une nuance entre dépôt puis transmission pour fins d'information. Parmi les sept critères, le document doit être d'intérêt public, pertinent au mandat de la commission, mais — le troisième est important — l'authenticité du document doit pouvoir être constatée et sa source identifiée. Dans ce cas-là, M. le député d'Orford — et c'est un tableau qui est fort intéressant, qui répond à d'autres critères — il n'y a pas de source. Je suggère qu'on le diffuse pour fins d'information, mais je n'autoriserai pas le dépôt, parce que la source n'est pas là.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président, puis on prend bonne note de vos remarques. En termes de documents déposés, je réfère souvent le collègue et les collègues à des documents qui avaient été déposés par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve le 4 novembre 2003, d'ailleurs qui figurent dans les annales de l'Assemblée, que j'ai déposés à une autre reprise d'ailleurs par la suite, qui montrent effectivement ce dont il est question, c'est-à-dire l'évolution temporelle des admissions en médecine et qui montrent le gouffre profond entre 1996 et 1999. Donc, trois années de suite, on a diminué de façon marquée les admissions en médecine, et là il faut placer ça dans le contexte, un contexte avant et un contexte après.

Le contexte antérieur à ces trois années-là, c'est qu'effectivement les autres provinces canadiennes, et c'était une tendance à l'époque, une tendance malheureuse qui a été observée partout, les autres provinces canadiennes également avaient cette notion que, pour diminuer et contrôler les coûts de la santé, il fallait qu'il y ait moins de médecins, donc diminuer les entrées en médecine. Mais là où le gouvernement du Québec d'alors a fait une erreur profonde, c'est qu'alors qu'on les a stabilisées dans le reste des provinces, notamment en Ontario, ici, elles se sont littéralement effondrées, les admissions en médecine, avec des très petites classes de 400, trois années de suite.

Pourquoi c'est important maintenant, cette chose-là, parce que souvent le député de Borduas dit: Arrêtez de nous parler du passé, c'est le passé, maintenant vous êtes au gouvernement, c'est maintenant qu'il faut agir? Le problème, c'est que ces trois années-là graduent maintenant. Les médecins de famille de ces trois années-là, c'est les médecins de famille qui sont nos nouveaux facturants maintenant. Alors, effectivement, à partir de 1999-2000 et les années subséquentes, le gouvernement précédent s'est rendu compte de son erreur et a recommencé à augmenter les admissions en médecine, de sorte qu'on a poursuivi cette lancée d'augmentations en arrivant... en y ajoutant deux ou trois éléments importants cependant, que je vais mentionner. Mais il faut donc se souvenir que ces diminutions d'entrées en médecine sont très d'actualité. Elles sont d'actualité parce que ce sont nos médecins facturants omnipraticiens de cette année et nos spécialistes dans deux ou trois ans. Donc, on va avoir encore quelques années de difficultés à cause de ces trois années, qui ont été une des plus grandes erreurs du Québec contemporain, comme le disait M. Sansfaçon du *Devoir*.

Il faut rappeler que, par la suite, donc, ces admissions en médecine ont été poursuivies et que nous y avons ajouté deux éléments, deux éléments qu'il me semble important de souligner. D'abord, c'est un accueil beaucoup plus actif des diplômés hors Canada—États-Unis, donc des personnes ayant fait leurs études médicales prédoctorales ailleurs qu'au Canada et aux États-Unis. On se souvient qu'en 2002-2003 il y avait cinq de ces personnes en faculté de médecine dans nos programmes, et maintenant, en 2006-2007, il y en aura 64 et cumulativement 242 de plus qu'en 2002-2003.

Alors, je mets ça dans un double contexte: d'abord, pour montrer que l'apport de ces personnes est très utile et qu'on veut les intégrer dans notre corps médical; et, deuxièmement, mettre en relief une certaine incohérence par rapport à ce qu'on véhicule parfois de l'autre côté de la Chambre pour ce qui est de l'accueil des communautés culturelles, etc., alors que leurs actions réelles dans ce domaine parlent d'elles-mêmes. Il y a une importante différence en termes d'attitude. D'ailleurs, on reviendra plus tard sur la question des médecins déjà en exercice à l'étranger, de la façon dont ils s'incorporent au Québec avec la création de Recrutement Santé Québec.

Donc, premièrement, plus d'accueil pour les étudiants formés à l'étranger, et, deuxièmement également, les actions pour la formation médicale en région. Et je pense que ça, c'est excessivement important parce que c'est le geste probablement le plus structurant qu'un gouvernement puisse poser pour améliorer ou amener les étudiants à s'installer en région, développer un goût pour la pratique et la vie en région.

Alors, ça se fait de plusieurs façons. D'abord, l'accentuation d'un concept qui existait déjà, c'est-à-dire les unités de médecine de famille. Alors, il y a des unités de médecine de famille qui se disséminent partout maintenant sur le territoire québécois et notamment dans les régions en pénurie de médecins: Mauricie; je vais sur la Côte-Nord bientôt pour en inaugurer une; en Gaspésie également, je vais à Gaspé bientôt pour inaugurer une autre unité de médecine de famille. On insiste actuellement, et les spécialités et les facultés de médecine sont en bonne voie de réaliser cet objectif, que jusqu'à 15 % du temps de formation en spécialité de base soit fait en région et 30 % à 35 % pour la médecine de famille, et ça, c'est très, très important parce que les gens voient la réalité, notamment les réalités de la Mauricie, où j'étais d'ailleurs hier pour annoncer un pavillon d'enseignement avec le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.

Pourquoi un pavillon d'enseignement à Trois-Rivières? Parce que maintenant on peut faire toute sa scolarité médicale, toute sa formation médicale en région avec des antennes de formation médicale qui ont été créées, deux: une en Mauricie, associée à l'Université de Montréal. Donc, ce que ça veut dire en pratique, c'est que les étudiants font toute leur formation avec un partenariat qui inclut l'Université du Québec, le centre hospitalier régional et l'Université de Montréal, l'année pré-médicale et les quatre années de formation. Ce que ça veut dire également de façon cumulative, c'est que, quand toutes les cohortes vont être remplies, chaque année des cinq ans de formation, il y aura en permanence en Mauricie 150 étudiants en médecine, et ça, c'est une richesse extraordinaire pour la vie universitaire également, mais

également quant à la capacité d'intéresser ces jeunes à pratiquer la médecine en région et notamment dans leur milieu d'accueil, mais on souhaite qu'il y en ait aussi qui aillent pratiquer dans d'autres régions.

Le deuxième, c'est l'association entre l'Université de Sherbrooke et le Centre hospitalier de la Sagamie, donc à Chicoutimi, ou Saguenay comme on dit maintenant, et ceci également est fait en partenariat avec l'Université du Québec à Chicoutimi de la même façon, et là également il y a des cohortes qui vont s'ajouter et qui ont commencé donc leur formation, là, à partir de 2006-2007.

Le résultat net de tout ça, et on le met en rapport avec un élément qu'on avait apporté pendant la campagne électorale, vous vous souvenez, on avait dit qu'il y aurait au bout de cinq ans plus de... il y aurait 750 médecins de plus en formation. Mais je suis heureux de confirmer que, d'une part, avec les ajouts réguliers des cohortes d'admission, d'autre part, avec l'accueil plus généreux des étudiants étrangers et, enfin, avec l'ouverture des deux programmes de formation en région, on va dépasser cet objectif-là. Si on fait abstraction des abandons qu'on voit en général, ce serait 860 médecins en formation de plus au bout de cinq ans. Bien sûr, comme il y a des abandons possibles, on peut parler d'un peu plus de 800 en réalité.

Donc, voilà un élément qui est extrêmement prometteur, qui nous permet de dire que, dans 10 ans, et ça va commencer à partir des deux ou trois prochaines années — pourquoi pas maintenant, parce que c'est long, former un médecin, puis encore une fois on vit aujourd'hui les résultats des décisions de fermeture de postes d'entrée en médecine de la fin des années quatre-vingt-dix — on disposera vers 2015, et ce n'est pas si loin, 2015, de 3 000 médecins au net de plus. Au net, ça veut dire y compris ce qu'on prévoit comme départs à la retraite, décès, etc. Donc, 3 000 médecins de plus, c'est énorme, et notamment pour les médecins du Québec.

Donc, je prévois que, dans ces années-là et un peu avant, le problème des effectifs médicaux va prendre une couleur tout à fait différente de celle qu'on connaît aujourd'hui. On en arrivera probablement à la situation normale où, pour chaque poste offert, on aura deux ou trois candidats, ce qui est la norme dans toutes les professions qu'on connait et ce qui sera également le cas pour la médecine.

● (15 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): Alors, il reste deux minutes dans ce bloc. Je ne sais pas si on souhaite aborder d'autres questions? Attendre peut-être.

M. Reld: ...dans le bloc suivant, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): O.K. C'est bien. Alors, M. le député de Borduas.

M. Charbonneau: Bien. M. le Président, juste un petit commentaire sur l'échange qui vient d'avoir lieu. Moi, je l'ai déjà dit, on peut bien répéter que c'est une erreur épouvantable puis essayer de démoniser l'ancien gouvernement, le fait est que c'était une décision qui a été prise à l'époque dans un contexte particulier.

Puis je voudrais rappeler aux membres de la commission, puis au ministre, puis aux citoyens qui nous écoutent qu'à l'époque il y avait eu un rapport de M. Mooris Barer qui, dans les années quatre-vingt-dix,

annonçait des surplus de médecins, au Québec puis un peu ailleurs au Canada aussi, hein? Et le Collège des médecins était d'accord avec ce pronostic-là. C'était évidemment, quand on le regarde a posteriori, un mauvais pronostic. Mais c'est le pronostic qui a été utilisé quand les décisions ont été prises. Est-ce qu'on aurait dû mieux vérifier si, quand les décisions ont été prises, les pronostics étaient validés par les situations qui s'étaient développées ou entre le moment où l'étude avait été produite puis le moment où on en était quand on a pris les décisions? C'est clair qu'à mon avis on aurait dû, à l'époque, faire une meilleure évaluation de là où on en était de ces pronostics-là. Mais ce n'est pas arrivé, là, comme un cheveu sur la soupe, comme on essaie de le prétendre. Ce qui ne veut pas dire que...

Parce que ça a eu deux... il y a eu deux choses à l'égard des effectifs: il y a eu, puis le député d'Orford parle de problématique, là, des admissions dans les établissements, puis il y a eu aussi les mises à la retraite. Les mises à la retraite, les impacts finalement, ça fait longtemps, un bon bout de temps que c'est terminé parce que, de toute façon, les gens étaient déjà assez âgés dans certains cas, puis ça fait plusieurs années qu'ils seraient déjà sortis du système. Mais c'est vrai que, pour les admissions dans des facultés de médecine, l'impact s'est fait sentir d'une façon significative, mais en même temps, ce qu'il faut voir puis, ça, j'espère que le ministre va le reconnaître, c'est que les décisions qui ont été prises de faire une réadmission significative dans les établissements, ça a été pris avant qu'il arrive. Et il a consolidé puis il a accentué ça, il n'y a pas de problème. Mais je veux dire, qu'il reconnaisse au moins que, quand il est arrivé, les décisions, depuis déjà l'an 2000, avaient été prises, donc trois ans auparavant. Et donc les médecins qui vont sortir puis qui sortent de sous son administration, c'est des médecins qui sortent par des décisions d'admission qui ont été prises par nous, quand on était en fonction. Et heureusement, tant mieux, si on en admet encore un peu plus dans les facultés de médecine aujourd'hui pour faire en sorte que, dans quelques années, on se retrouve avec effectivement un nombre plus important de médecins puis qu'on se retrouve peut-être avec la situation française, d'avoir à la limite un surplus de médecins. Je ne sais pas si on sera comme à Cuba, là, qu'on sera capables d'en exporter, là, mais c'est clair.

Sauf que je veux juste essayer de mettre ça en perspective parce qu'on peut faire constamment, là, une espèce de charriage pour dire: le gouvernement précédent, c'est effrayant! Le gouvernement précédent a eu à prendre une décision dramatique aussi, d'amener le déficit zéro, et dans un contexte qui n'était pas facile. Puis dans d'autres lieux, le ministre a reconnu lui-même que son prédécesseur, Jean Rochon, à qui on avait donné un contrat de faire un virage ambulatoire, a eu, je dirais, une espèce de mission impossible parce qu'à la fois il fallait faire le virage ambulatoire et en même temps arriver au déficit zéro. Et, tu sais, il y a eu comme on dit, dans le langage guerrier ou militaire, des dommages collatéraux, et qui ne sont pas négligeables mais en même temps tout ne peut pas expliquer ça.

Et d'ailleurs, quand le ministre est arrivé en fonction — quand on parlait des groupes de médecine de famille, ce matin — lui-même, quand il est arrivé en fonction, n'a pas mis sur le dos du manque d'effectif le

fait qu'on pourrait ou pas arriver à la cible fixée. Lui-même avait repris la cible fixée: en mai 2003, c'était 300 groupes de médecine de famille. Puis, ce matin, quand on a parlé de ça, la raison qu'il a donnée, ce n'était pas le manque d'effectif qui explique qu'on n'arrive pas au rythme qu'on avait souhaité, puis qu'il est obligé de retarder dans le fond l'atteinte de l'objectif d'avoir 300 groupes de médecine de famille ou l'équivalent, l'équivalent étant, dans le jargon du ministère, aussi des cliniques-réseaux.

Système de répartition des nouveaux effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire depuis 2003

Ceci étant, ce qui pourrait peut-être être intéressant pourrait, d'une certaine façon, enchaîner... parce que, si on parle des effectifs en préparation, on pourrait aussi parler des effectifs en opération. Et, à ce moment-là, j'aurais le goût de voir avec le ministre où est-ce qu'on en est, aujourd'hui, dans la répartition des nouveaux médecins sur l'ensemble du territoire. J'aimerais ça si le ministre pouvait nous déposer des documents pour chacune des années financières, 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006. Comment se fait la répartition des nouveaux effectifs depuis votre arrivé en fonction? Quelles sont les politiques et les mesures pour équilibrer la répartition des médecins sur le territoire, là? Est-ce qu'il y a un plan d'action, là? Est-ce que, s'il y en a un, vous pouvez le déposer? Et quels sont les échéanciers de réalisation puis de correction aussi?

Parce que, quand on était là, il y a eu les plans d'effectifs médicaux qui ont été mis en place, et c'est clair qu'il faut intensifier. Parce que le vrai défi... Puis vous le dites vous-même dans le document, là. On a posé des questions, à la question 68 qu'on a posée justement sur les admissions en médecine, les gens du ministère qui ont préparé le document, ils nous disent: Le nombre de médecins, par exemple, par 100 000 habitants et dans les provinces canadiennes. Ils font des mises en garde, les fonctionnaires de votre ministère. Certains sont peut-être même ici, autour de vous, là, qui ont écrit ce texte-là, là.

«Les ratios donc de médecins-habitants sont souvent utilisés pour la planification des ressources humaines. Bien que ces ratios soient des indicateurs utiles du changement dans le nombre de médecins par rapport à la population, on ne devrait pas, à partir du nombre de médecins ou du ratio de médecins, tirer des conclusions sur la pertinence des ressources offertes. Divers facteurs entrent en jeu pour déterminer si le nombre ou le ratio de médecins est approprié, notamment la répartition, le lieu de travail des médecins dans une région ou une province, l'organisation des services de santé, l'utilisation d'autres ressources professionnelles, infirmières cliniciennes, types de médecins, des omnibus ou des spécialistes, le niveau de services fournis, le taux d'activité, le temps plein ou le temps partiel, l'âge et le sexe du médecin, l'accès à la population aux hôpitaux, aux installations de soins de santé, aux équipements de pointe, aux autres services de soins de santé, les besoins de la population, caractéristiques démographiques, problèmes de santé ainsi que les perceptions et les attentes de la société.»

Ça fait pas mal de facteurs, ça, qu'il faut prendre en ligne en compte et pas uniquement dans le fond le nombre de médecins par rapport aux habitants et, à la

limite, le nombre de nouveaux médecins qu'on peut accueillir. Parce que, même si on accueille plus de médecins, je veux dire, les critères dont les fonctionnaires parlent quand ils préparent cette réponse-là pour nous, bien je veux dire ça vaut aussi, là.

Alors, je répète un peu ma question, M. le Président: Est-ce qu'on peut nous déposer des plans pour chacune des années financières de la façon dont on répartit les nouveaux médecins sur le territoire? Comment ça se fait? Comment on a procédé au cours des années? Puis c'est quoi, les cibles qu'on veut atteindre dans les prochaines années? Puis où est-ce qu'on en est, là?

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, bien sûr, ces renseignements, il y en a déjà qui sont au cahier des crédits, mais, si vous voulez avoir le dépôt des plans d'effectif au complet puis les attributions par régions et même de façon plus détaillée, on est tout à fait prêts à vous les communiquer. C'est des documents qui sont connus des médecins eux-mêmes, alors ce n'est pas un problème de le faire.

Mais je veux peut-être me livrer à quelques commentaires sur la façon dont on les organise actuellement, ces plans d'effectif. Juste deux petits mots préalables sur le préambule du député de Borduas. J'ai reconnu tantôt que les admissions avaient commencé à être réaugmentées, là. Je n'en fais pas mystère, je le redis actuellement... ou il l'a dit lui-même. Mais on a ajouté des éléments, notamment les étudiants étrangers et la question des antennes médicales en région. Cependant, ce que je veux souligner, c'est la différence entre les autres provinces et le Québec. Il y a eu plusieurs personnes qui ont été autour de ces décisions-là. Ailleurs, en Ontario, par exemple, on a hésité, on a stabilisé le nombre d'admissions dans le doute, on n'était pas certain, alors qu'au Québec on eu cette effet de piscine, là. Bon, on y reviendra une autre fois.

● (15 h 40) ●

Alors, comment est-ce qu'on fait pour établir les plans d'effectif? Bon, chaque année, on fait des plans d'effectifs régionaux en spécialité et en omnipratique; c'est deux processus qui sont distincts parce que les interlocuteurs à la table, certains sont les mêmes, mais d'autres sont différents. D'abord, les tables actuellement de PREM — d'abord, je l'ai indiqué ce matin, quand on a parlé des RUIS — étaient initialement composées de ce qu'on appelait le Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés, qui est une table conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Pour l'année 2006, il y a un élément qui s'est ajouté, puis je l'indiquais ce matin, c'est la présence du RUIS à la table, ce qui, je crois, est un ajout valable.

Alors, le PREM 2006 permet donc d'établir les principes sur lesquels on fait la gestion des effectifs médicaux, proposer un niveau de besoins par établissement, procéder à l'évaluation des effectifs disponibles, l'ajout brut, l'attrition, l'ajout net, d'analyser les postes toujours disponibles et les recrutements, de convenir des propositions de recrutement prioritaires, d'accompagner quelques-unes des propositions de recrutement prioritaires d'une proposition générale d'organisation en réseau.

C'est un point intéressant que je pourrais peut-être détailler, cette question-là. C'est qu'il y a certaines petites unités, au Québec, des petits établissements qui ont des PREM limites, c'est-à-dire des PREM de petites unités de un ou deux spécialistes. Alors, on sait qu'avec la façon dont les jeunes médecins pratiquent et pratiqueront au cours des premières années, les prochaines années, c'est difficile d'intéresser des médecins à s'impliquer de façon permanente dans de telles unités, pour plusieurs raisons, notamment la qualité de vie puis le support des collègues. Alors, on crée maintenant, beaucoup, ce qu'on appelle des postes réseau, c'est-à-dire qu'on attribue le poste au centre de desserte régionale, mais avec une entente qui lie tout le département et le service pour donner la desserte à l'hôpital de plus petite taille dont il est question. Ça nous a permis de régler plusieurs problèmes. On a également séparé les cibles — et on pourra les obtenir peut-être dans le cours du débat actuel — entre les spécialités de base, comment on classe les spécialités de base qu'on veut voir partout dans les établissements du Québec, et les spécialités plus techniquement relevées, là — je ne fais pas de commentaire de qualité en disant ça, c'est des niveaux d'intervention qui sont différents en termes de nombre de personnes traitées — où les cibles d'installation en région versus les régions universitaires sont établies, et on les maintient assez bien, ces cibles-là. On pourra me donner les détails des performances de ce côté-là, puis ce sera dans les documents qui vous seront transmis.

Donc, pour les spécialistes, une table conjointe à trois: ministère, fédération et RUIS. Établissement d'objectifs, d'abord des objectifs généraux de répartition pour les spécialités de base, pour les spécialités autres que les spécialités de base; et les mises en réseau, c'est-à-dire la table propose des postes réseau lorsqu'on a à desservir des petits établissements avec des petits plans d'effectifs.

Alors, les travaux pour l'élaboration du PREM 2007, on se prend d'avance parce que c'est une demande que les résidents nous font, que les PREM soient publiés le plus précocement possible à l'automne, de façon à ce qu'ils puissent planifier leurs installations bien sûr, on le comprend, et on a déjà débuté donc ces travaux au niveau des quatre tables des quatre RUIS, de la fédération et du ministère. On devra donc continuer, chaque année, les travaux pour en arriver à des scénarios de déploiement qui vont être, il faut le dire, de plus en plus aisés à mesure que le nombre de diplômés va augmenter.

Maintenant, pour les omnipraticiens, on a une entente particulière qui a été convenue entre le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qu'on avait d'ailleurs annoncée conjointement, le président de la fédération et moi, où également on a une cible pour le pourcentage d'installations en région par rapport aux régions urbaines, où on classe les nouveaux médecins en nouveaux facturants en retour de région. On calcule l'attrition historique. On ne peut jamais prévoir précisément, pour un territoire, quelle va être l'attrition réelle, on se base sur les modèles des années précédentes pour évaluer quel risque d'être le nombre de départs à la retraite, de décès, retraits pour autres raisons, de façon à ce qu'on puisse en arriver à un objectif de croissance d'abord brut et une évaluation de ce que ça va vouloir dire au net. C'est important de faire la différence entre les deux parce

que, par exemple, à Montréal, on a des nombres d'ajouts bruts qui sont très importants, chaque année, en omnipratique: de l'ordre de 75 ou plus, parfois. Mais si on observe historiquement le nombre de départs à la retraite, décès, maladie et autres, on arrive généralement avec des ajouts nets qui sont beaucoup plus bas que dans d'autres régions. Alors, on se guide beaucoup sur l'objectif que les ajouts nets en omnipratique correspondent au pourcentage d'atteinte de l'objectif d'effectifs.

Pour parler de façon moins technique, là, par exemple, la Mauricie est un endroit, au Québec, où on est loin de l'objectif encore. Donc, on veut s'assurer que les plus gros ajouts nets se trouvent en Mauricie, et c'est ce qui se produit depuis deux ou trois ans, et ça se fait en collaboration avec la Fédération, là, des omnipraticiens.

Donc, on signifie à chacune des régions des cibles régionales d'ajouts autorisés de médecins pour la période du 1er décembre au 30 novembre, et ce plan 2006, on prévoit qu'il y a 51 % — et c'est plus qu'historiquement ça a été le cas, là, 51 % — des nouveaux médecins en début de pratique, 96 des 190 nouveaux facturants attendus dans les régions intermédiaires et éloignées. Donc, ce n'est pas la majorité, c'est moitié-moitié, ce qui est bien parce que les gens des villes également ont besoin de nouveaux médecins.

On a fait une rencontre, à la fin mars, avec les agences, avec les chefs de département régional, qui sont une création d'ailleurs du gouvernement précédent que j'ai déjà soulignée, la création des départements régionaux de médecine générale qui nous permet de dialoguer, en région, avec les représentants des omnipraticiens, et donc on est déjà en conversation sur l'élaboration du PREM 2007.

Alors, on sait qu'également, là, on suit les résultats, c'est-à-dire que le PREM, c'est un partenariat qu'on fait avec les fédérations médicales. On s'entend sur les objectifs, et l'ajustement de l'année suivante dépend beaucoup des résultats obtenus, c'est-à-dire qu'on s'est fixé comme cible, par exemple, qu'il y ait tant de pour cent installés en région ou dans tel endroit qu'on est... le nombre d'ajouts qui a été déterminé pour les différentes spécialités. On considère donc les résultats obtenus par rapport à l'objectif et on ajuste le PREM de l'année suivante de cette façon-là.

Identification des régions en pénurie de médecins et de personnel infirmier

M. Charbonneau: Quand vous dites ça, est-ce que c'est dans les documents, là, dont on parlait tantôt? Est-ce qu'on va trouver justement les informations ou vous pourriez peut-être nous les communiquer après-midi, c'est-à-dire on sait qu'il y a à peu près quoi? On dit qu'il manque à peu près 900 omnipraticiens puis... en tout cas, je ne sais pas si c'est 900 ou moins, là. 700, puis à peu près l'équivalent, je pense, en médecins spécialistes.

Ce qui serait intéressant, c'est de voir territorialement, là, où est-ce qu'il en manque. Et, quand vous dites: Bon, bien, on le sait un peu, ce serait intéressant pour nous aussi de savoir, bon, bien... puis je pense pour tous les députés qui représentent l'ensemble du territoire, dire: Bon, bien, voici: moi, je suis dans une région où il manque beaucoup d'omnis, il en manque tant et il manque tant de spécialistes, et ce qui pourrait être intéressant aussi, c'est de voir... Est-ce qu'on a des données pour les infirmières ou les infirmiers, autrement dit le personnel

soignant, là: médecins, spécialistes ou omnis et personnel de soins infirmiers. Est-ce qu'on est en mesure de dire: On sait par région, par établissement... 95 CSSS. Il y a quoi? Une quinzaine d'agences de santé et de services sociaux. Donc, j'imagine qu'on doit être en mesure de nous donner une information qui nous permet de faire un portrait de situation puis de dire quels sont les territoires ou les zones au Québec où on est en déficit? À quelle hauteur ce déficit-là se situe? Dans quels territoires on est en surplus ou on est en équilibre? On peut peut-être parler comme ça.

Ça nous permettrait de voir, là, comment se répartit... puis quelle est l'ampleur du défi aussi parce que, quand le ministre dit: Bon, bien, surtout en régions éloignées, et tout ça. Bon, bien, visuellement, ça nous permettrait de voir, bon, bien... Tu sais, si on voit qu'on est en équilibre ou même en surplus à Montréal puis Québec, ce qui ne serait peut-être pas étonnant, là, puis qu'on est en déséquilibre ou en déficit important dans telle ou telle zone du Québec, je pense qu'il y a des cibles aussi qu'on devrait pouvoir bien identifier, je dirais, à la limite, visuellement pour que ce soit simple à comprendre puis qu'on puisse voir un peu, là, où est-ce que... comment on évolue depuis quelques années puis comment on va évoluer aussi en termes d'atteinte des objectifs dans les années à venir à l'égard de la répartition des effectifs. Parce qu'il y a l'ajout, comme je le disais, mais il y a aussi la répartition sur le territoire.

Le Président (M. Copeman): ...

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, effectivement, on va être en mesure de vous communiquer, de façon très détaillée, les informations que vous mentionnez parce que... pardon, M. le Président, que le député de Borduas mentionne parce que c'est comme ça que les PREM sont faits, en fonction des objectifs puis du degré d'atteinte des objectifs. Et ça va permettre de constater, pour les parlementaires puis les citoyens des régions, que paradoxalement ce n'est pas nécessairement les régions les plus éloignées qui sont dans la plus grande difficulté d'effectifs. La plus grande difficulté se trouve souvent dans les régions très proches des régions urbaines qui n'ont pas l'avantage d'être une région éloignée pour bénéficier des primes d'installation et des surplus de facturation qui sont associés à cette pratique-là, puis qu'ils sont également trop loin puis pas assez loin à la fois, qui sont entre les deux.

Par exemple, en Mauricie, c'est une région bien connue qui, malgré qu'elle ne soit pas lointaine sur le plan du kilométrage, est une des régions... puis on fait du rattrapage actuellement parce que c'est une de nos régions prioritaires. C'est une des régions qui est le plus loin de l'objectif. Je ne dirais pas... Ce serait malaisé de dire qu'il y a des régions au Québec qui sont en surplus d'effectifs médicaux. On n'en est pas là, là. Mais, si on regarde l'équilibre entre besoins et effectifs en place, il y a probablement deux régions actuellement qui sont en équilibre: la région de Québec, la Capitale-Nationale et l'Estrie. Mais je vais faire remarque sur la région de Québec dans quelques minutes.

La région de Montréal est quasi, c'est-à-dire qu'on est à 90 %, 95 % de l'effectif requis, mais, comme c'est un grand nombre de médecins, même un écart de

5 %, 6 %, ça représente quand même, relativement, un grand nombre de médecins à pourvoir.

La région de Québec, je vais y revenir parce que c'est une question intéressante. Il y a certaines sous-régions également qui présentent des problèmes. Si vous regardez, par exemple, la région de la Capitale-Nationale, puis mon collègue le député de Portneuf m'en parle régulièrement, la région de Québec, comme je l'indiquais, est considérée comme étant en équilibre d'effectifs parce qu'on la prend dans son ensemble. C'est vrai que, dans la région de Québec, Québec, si vous voulez, la ville, il y a beaucoup de médecins. Il n'y a pas beaucoup d'endroits, au Canada même, où il y a autant de médecins par habitant qu'ici, dans la ville de Québec. Cependant, si on va aux extrémités géographiques de la région, à Portneuf ou à Charlevoix, curieusement, parce que Dieu sait que c'est des beaux endroits où beaucoup de Québécois rêveraient de vivre, là, dans ces deux endroits-là, on a des difficultés importantes d'effectifs qui se rapprochent de ce qu'on observe dans d'autres régions en pénurie.

Alors, au cours des prochains plans d'effectifs, je crois que ce qu'on voudrait faire, c'est évoluer vers la prise en considération des sous-régions dans l'attribution. Mais ça, ce n'est pas dans le PREM actuellement en cours. C'est une perspective que je donne.

M. Charbonneau: Les PREM, ils sont sur une base d'agence de santé, là?

● (15 h 50) ●

M. Couillard: Oui, sur la base des régions sociosanitaires...

M. Charbonneau: C'est ça, mais dans le fond...

M. Couillard: ...mais là, ce qu'on ne fait pas, c'est par sous-régions. Ce serait intéressant...

M. Charbonneau: Dans le fond, ce qu'on devrait faire, c'est par centre de santé plutôt que par agence.

M. Couillard: Voilà. Mais ça, vous comprendrez, M. le Président, que ce sont des partenariats avec la Fédération des médecins omnipraticiens. Ce n'est pas quelque chose nécessairement que le gouvernement peut faire unilatéralement. Il faut que ce soit fait en conjonction avec la fédération et les départements régionaux de médecine générale, mais ultimement peut-être pas dans toutes les régions, parce que dans la région de Montréal, par exemple, c'est peut-être moins bénéfique d'aller vers une répartition par CSSS parce qu'ils sont tous densément accotés les uns sur les autres, si vous me passez l'expression.

Mais prenons encore une fois l'expérience de la région de Québec, c'est le meilleur exemple qu'on puisse donner. Il faudrait théoriquement qu'on se dote de projection d'effectifs puis de règles d'application spécifiques pour la partie Portneuf et la partie Charlevoix. Charlevoix, c'est quand même surprenant les gens qui rêvent d'y aller quelques semaines par année... d'entendre qu'il y a des médecins... qu'on a de la difficulté à intéresser les médecins à s'installer là. C'est quelque chose qui me surprend toujours.

M. Charbonneau: ...intéresser des artistes à aller vivre à Baie-Saint-Paul ou à...

M. Couillard: Oui, parce qu'il y a tellement des beaux paysages à fixer. On me donne quelques renseignements, je vais voir si ça pourrait, là, éclairer le député de Borduas. On me dit, par exemple, qu'entre 2005 et 2015, on aura, pour chaque RUIS, le pourcentage des gradués qui va se rapprocher du besoin populationnel. Je vais expliquer ce que je veux dire par là.

C'est qu'on a distribué la carte du Québec, le député de Borduas le sait, en quatre régions prises en charge par chacun des quatre RUIS. Par exemple, l'Université de Montréal de mémoire, c'est 43 %, je pense, du Québec, puis les autres se répartissent le reste. Donc, théoriquement et pratiquement, il faudrait que le pourcentage de nouveaux gradués corresponde au pourcentage de la population qui est pris en charge par le RUIS. C'est pour ça qu'on a ajouté le RUIS aux tables de plans d'effectifs, donc pour faire un équilibre entre la population et les effectifs médicaux. Donc, on prévoit que, pour les 3 000 médecins nets à venir d'ici 2015, si on veut faire une projection, 40 % devraient être dans le RUIS de l'Université de Montréal, donc pas à Montréal même seulement mais dans la zone d'influence de l'Université de Montréal; 23 % dans la zone de l'Université Laval; 14 % dans la zone de l'Université de Sherbrooke et 23 % dans la zone de l'Université McGill.

M. Charbonneau: Et ce que vous venez d'indiquer, ce qui va être important pour la suite, c'est qu'on puisse vérifier, par exemple, le 43 % dans le territoire du RUIS de l'Université de Montréal, c'est de voir, d'une façon sous-régionale ou au niveau des territoires des CSSS, comment ça se répartit. Parce que, là, encore là, on pourra avoir un effet, disons, distorsionné si on prenait juste le chiffre ou la statistique globale du territoire du RUIS et non pas dans les sous-régions, là.

Une autre question, M. le Président...

Le Président (M. Copeman): Toujours sur le même sujet, M. le député?

M. Charbonneau: Oui, oui, toujours sur les effectifs.

Le Président (M. Copeman): Brièvement, parce qu'il faut changer de bloc déjà.

M. Charbonneau: Bien, écoutez...

M. Couillard: Je voudrais dire au député qu'il pourra regarder puis nous dire si ça le satisfait comme information, mais je répète qu'on est prêts à déposer nos documents qui sont explicatifs sur les PREM, les plans d'effectifs, tous ceux qui répondent à ses questions avec les besoins par régions, le pourcentage d'atteinte et l'attribution. Mais, au tome I, à la page 225 et suivantes... 255, pardon — mes yeux me trahissent, je n'avais pas mes lunettes — il y a des informations également sur les pénuries estimées d'infirmières. Évidemment, les infirmières, ce n'est pas pareil parce qu'il s'agit de postes salariés. Alors, ce n'est pas la même, ce n'est pas la même approche, là.

Plan d'action concernant la rétention et la relève du personnel infirmier

M. Charbonneau: ...devancer parce que tantôt je parlais de la problématique des soins infirmiers aussi,

mais il y a un problème puis j'assistais à un colloque, il y a quelques semaines à Montréal, puis il y avait une présentation d'un expert en soins infirmiers, professeur d'université qui expliquait comment se pose le problème de la rétention aussi des ressources et du vieillissement du corps de soins infirmiers, du corps des infirmières et des infirmiers.

Alors, comment on aborde les choses? Parce qu'on a vu, il y a quelques jours, dans les médias, qu'il y avait un décrochage des étudiants en enseignement et un décrochage des jeunes enseignants. Mais ce que je sais, puis ce que le ministre sait aussi, c'est qu'il y a aussi un décrochage dans les gens qui s'en vont en soins infirmiers et, quand on regarde les conditions de travail, les conditions de vie des gens qui sont dans le domaine hospitalier comme infirmières ou infirmières auxiliaires, c'est loin d'être attractif, sans compter les conditions salariales, là.

Alors, quelle est l'approche qu'on a pour ne pas se retrouver en pénurie de gens? Parce qu'on a beau dire qu'on ouvre les vannes, puis c'est vrai aussi au niveau de la médecine, mais c'est moins vrai parce qu'il y a une attraction plus intéressante, ne serait-ce que la condition de salaire, mais qu'est-ce qu'on fait pour garder à l'emploi et garder plus longtemps les infirmières, les infirmiers parce que, là, ce qu'on nous annonce, ce n'est pas très rassurant pour les années à venir, là?

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Effectivement, on n'a pas ce problème de décrochage en médecine, parce que c'est une profession qui... on a des abandons en cours de formation, relativement peu, mais relativement peu après qu'on ait commencé la formation. En sciences infirmières, on a effectivement un problème de rétention des jeunes infirmières, surtout dans les cinq premières années de pratique, qui date de plusieurs années. Le pourcentage a diminué, je ne l'ai pas de mémoire, là, puis on pourra le fournir plus loin dans les crédits, mais le pourcentage... demeure encore assez élevé relativement à d'autres professions, et donc comment est-ce qu'on aborde la question? De plusieurs façons.

D'abord, il faut avoir des mécanismes d'organisation de travail qui comportent des clauses de rétention. Alors, dans la négociation récente et pour les organisations qui ont signé une entente normative avec l'État, il y a, par exemple, des vacances supplémentaires données aux infirmières qui approchent tel âge de la retraite, il y a également pour tous et pour toutes la stabilisation des postes, ça, c'est une demande de... Souvent, les infirmières vont décrocher parce qu'au début on ne leur donne pas de poste garanti ou de poste régulier, puis elles ne trouvent pas ça correct sur le plan de la qualité de vie. Alors, on garantit maintenant des nombres de jours fixes par période garantis de travail. Également la question de la formation, la formation est souvent mentionnée.

Mais, je dirais, au-delà de ça, il faut commencer maintenant le virage d'enrichissement de la profession d'infirmière parce que... enrichissement du rôle, je veux dire, de la profession d'infirmière parce que, si on regardait les choses de façon purement mécanique avec le vieillissement qui touche également la profession infirmière, on arriverait vers une pénurie certaine parce qu'il n'y a pas un État qui est capable de former des milliers d'infirmières qui seraient en déficit d'ici cinq à 10 ans, compte tenu des mises à la retraite. Donc, on profite de

la question pour redéfinir le rôle de l'infirmière et l'enrichir par rapport aux médecins, d'une part, en ayant créé la question de l'infirmière praticienne spécialisée, puis bientôt, on l'espère, très bientôt l'infirmière praticienne en pratique générale. Mais ce que ça veut dire également, puis les infirmières pour leur ordre professionnel ont conscience de la réalité, c'est que, si on enrichit leur rôle au niveau des médecins, il faut également que les professions avec lesquelles elles collaborent, je dirais, à gauche du spectre d'activités que sont, par exemple, les infirmières auxiliaires et les préposés, également voient leur tâche enrichie de façon à ce que l'infirmière puisse se concentrer sur sa tâche professionnelle.

Ça, c'est la loi 90 d'ailleurs que le gouvernement précédent avait adopté. Alors, voilà un autre exemple que je souligne. Vous voyez que je suis quand même régulier dans cette façon, je souligne quand il y a des bonnes choses. D'ailleurs, les plans d'effectifs dont vous parliez tantôt, c'est une création en tant que plan d'effectif de la loi 142 que le député de Rousseau, je crois, avait fait adopter à l'Assemblée nationale. Par contre, son application, vous me permettrez de le dire, M. le Président, est plus rigoureuse. On donne beaucoup moins de dérogations et on place beaucoup plus de médecins en région.

Mais revenons donc aux infirmières. Ce pourcentage de décrochage a commencé à diminuer, il veut qu'il diminue plus, et on me dit que c'est 10 % à 15 % actuellement. 10 % à 15 %, c'est beaucoup, hein, il y a déjà été beaucoup plus élevé, mais 10 % à 15 % d'infirmières qui, dans les cinq premières années de leur pratique, abandonneraient leur profession, du moins dans le réseau, pour aller la pratiquer souvent ailleurs, dans des endroits où on trouve la qualité de vie supérieure.

Alors, il y a un autre élément, et je terminerai là-dessus pour les infirmières. On sait que, dans les crédits actuels, il y a un bloc réservé pour l'équité salariale. L'argent est là, puis les conversations se poursuivent actuellement entre le gouvernement, le Conseil du trésor et les infirmières pour définir quel est l'écart en termes d'équité qui doit être attribué à cette profession qui, étant largement féminine, va bien sûr bénéficier du règlement sur l'équité. Donc, si on ajoute ensemble la rémunération augmentée notamment par l'équité et les augmentations de salaire prévues, les mécanismes de rétention, l'enrichissement du rôle professionnel par la création d'infirmières praticiennes spécialisées et l'infirmière praticienne de première ligne... on a un espoir, on a une raison d'espérer que la profession continue à attirer beaucoup de personnes au Québec, au cours des prochaines années.

On observe — je pense que le député de Borduas en a parlé récemment; on observe — un léger fléchissement dans les demandes d'admission au collège actuellement, dans les programmes de sciences infirmières. Il faut dire cependant que ce fléchissement qui est observé dans d'autres programmes collégiaux, parce qu'on est dans une période où la clientèle baisse un peu. Mais on le regarde de façon régulière, on veut être certain que cette profession-là est bien perçue et que les jeunes qui s'y engagent savent qu'ils pourront bénéficier d'éléments de progression de plan de carrière. C'est pour ça par ailleurs que les programmes tels que le D.E.C.-bac, le diplôme d'études collégiales-bac a été créé, qui permet à une infirmière, en commençant son diplôme d'études collégiales, de poursuivre tout en ayant déjà le statut d'infirmière, là,

technicienne, de poursuivre avec un bac, en partenariat entre le collège et l'université avec... je pense que c'est deux ans de formation de plus. Je pense qu'il y en a un à Gatineau et ailleurs, je crois, également au...

Une voix: ...

M. Couillard: Pardon? Où?

M. Charbonneau: Saint-Jean-sur-Richelieu.

M. Couillard: Oui, mais il doit y avoir une université également qui est associée à ça, peut-être l'Université de Sherbrooke, par exemple, l'Université de Montréal aussi, puis je pense qu'à Chicoutimi il y a un projet actuel. Donc, vous avez là un ensemble de mesures, je crois, qui sont bien perçues et qui vont être bien perçues pour améliorer la rétention dans cette profession.

● (16 heures) ●

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. À ma droite, est-ce que le député d'Orford souhaite poursuivre ou... M. le député de Saint-Jean, d'abord.

Mesures visant à promouvoir de saines habitudes de vie

M. Paquin: M. le Président, merci. J'aimerais qu'on discute avec le ministre, si vous êtes d'accord, je suis certain que vous l'êtes, de prévention et de saines habitudes de vie. Il me semble que plusieurs problèmes de santé pourraient être évités par la prévention. Certains experts d'ailleurs disent que 40 % des décès seraient dus à des mauvaises habitudes de vie tels le tabagisme, mauvaise alimentation, etc. Est-ce que nous faisons des efforts en prévention afin de contrer le fléau qui nous guette au niveau de ces maladies puis pour éviter bien entendu aussi quand on parle de malbouffe, etc., et des gens qui ont des problèmes d'obésité? Je crois comprendre qu'il y a beaucoup, beaucoup de sous qui pourraient être sauvés en posant des gestes préventifs. Donc, M. le ministre, quels sont les gestes que le ministère et que vous avez posés dans ce domaine?

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. C'est un sujet dont on entend beaucoup parler actuellement, dans le cadre de la commission parlementaire sur les suites données au jugement Chaoulli, puisque tout le monde réalise que la prévention et la promotion des bonnes habitudes est à la base de la pérennité, un des éléments essentiels de la pérennité de notre système de santé. On sait que 40 % des décès seraient dus à des mauvaises habitudes de vie: tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité. Et, si on regarde les hospitalisations, c'est près de 70 % qui seraient associées à ces phénomènes.

Alors, on sait qu'à la suite du Forum des générations une équipe de travail présidée par M. Jean Perreault, le maire de Sherbrooke, a été formée. Cette équipe a donné son rapport, et les suites sont actuellement en train d'être données. Le rapport comprend 62 recommandations avec notamment des orientations de niveau national, l'élaboration d'une politique québécoise en alimentation. Il y a une partie de cette politique québécoise qui était

incluse dans la stratégie jeunesse que le premier ministre a annoncée récemment, notamment les habitudes alimentaires en milieu scolaire, le financement des activités de prévention et de promotion des habitudes de vie, des campagnes médiatiques — on se souvient de *Vas-y* et autres campagnes semblables — et le meilleur accès aux infrastructures sportives.

Maintenant, il y a également des actions qui sont déjà en cours, on le sait. Parlons d'abord de la Loi sur le tabac. La Loi sur le tabac est un geste de prévention fondamental. On l'oublie souvent, parce que c'est devenu acquis qu'il y a une loi sur le tabac qui va être adoptée le 31 mai. Mais, lorsqu'on parle de prévention, on oublie souvent de mentionner cet élément. C'est un élément qui nous est commun en termes de réussite, puisqu'on l'a adopté à l'unanimité. Une première loi d'ailleurs avait été adoptée par mon prédécesseur, M. Rochon, je pense, en 1998, et on a suivi avec la loi actuelle qui, au 31 mai, va donner accès aux Québécois à des environnements libres de fumée dans la plupart des lieux publics. Rappelons qu'au Québec, on a un taux de mortalité par cancer plus élevé en grande partie dû à une mortalité exagérée par cancer du poumon.

On a également cette année, on l'a dit, on l'a vu, 7 millions de dollars additionnels investis en prévention. Il y a un plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids qui est en cours de réalisation. C'est un plan qui est gouvernemental, puisque la concertation de plusieurs ministères est importante. Il y a eu l'ajout de 1 h 30 min d'éducation à l'école dont le temps d'éducation physique et l'important développement avec la récupération d'une partie de la taxe sur le tabac qui servait à financer les installations olympiques, des infrastructures, donc un budget de 500 millions pour l'installation d'infrastructures sportives partout au Québec qui, j'en suis convaincu, donnera accès aux jeunes à plus de plateaux pour pratiquer leurs activités.

Le député de Borduas a parlé à quelques reprises en commission du programme Québec en forme — c'est bien le bon programme, je crois; je le vois qui dit oui — qui est un partenariat que le gouvernement précédemment avait débuté entre deux ministères du gouvernement du Québec, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé, et la Fondation Lucie-et-André Chagnon, qui était un programme de quatre ans à raison de 12 millions par partenaire, donc 3 millions par année. Ces carences sont terminées, mais cette année le programme va être remis en place. Mais on voudrait, avec la Fondation Chagnon, le négocier également pour la suite, parce qu'on veut s'assurer que tout ça est cohérent avec les autres actions.

Donc, cette année, il y aura encore l'argent du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation pour une autre année du programme de Québec en forme. Il y a aussi les Écoles en forme et en santé du côté de l'Éducation. Je suppose que, dans les cadres des crédits de ce ministère, on en a discuté. Et on a bien sûr les autres actions que j'ai mentionnées tantôt, mais, essentiellement, on considère tous qu'il est important de nous doter d'un programme de promotion des bonnes habitudes de vie dans le but non seulement d'être en meilleure santé, mais d'assurer la pérennité... un des éléments qui assure la pérennité de notre système de santé.

M. Paquin: M. le ministre, le cégep Saint-Jean-sur-Richelieu a installé un circuit de marche

extérieur et intérieur et, lorsque vous êtes venu faire l'annonce de l'agrandissement de l'urgence de l'hôpital, il y a quelques jours, on vous a invité à le marcher, et on s'est aperçu que vous étiez très en forme. Mais tout ça pour dire qu'il y a des gestes qui se passent dans tous les domaines dans ce sens-là, et je suis content de voir que le comté de Saint-Jean est à l'affût puis il est dans les premiers rangs. Et je vois que ça satisfait énormément le député de Borduas, et ça me fait grandement plaisir, parce que je sais qu'il a beaucoup d'attachement au comté de Saint-Jean.

Dans un autre ordre d'idées, M. le Président...

M. Charbonneau: ...santé de notre ministre, la santé.

Intentions concernant la participation du privé au réseau de santé

M. Paquin: La santé et la prévention. Dans un autre ordre d'idées, M. le Président, j'aimerais aborder la place du privé dans le réseau de santé. Il y a des discussions qui se font depuis longtemps, énormément, dans ce sens-là. On sait que l'ADQ a une idée assez précise à ce sens-là. Du côté du Parti québécois, je pense qu'on ne le sait pas encore. En tout cas, peu importe. Si on ne le sait pas, on va le savoir prochainement, je suis certain que le député de Borduas va nous faire part de ça dans quelques minutes.

Mais ma question, M. le Président... Mais, avant de poser ma question, j'aimerais simplement faire un petit peu un petit tour d'horizon. Il y a plus de trois ans, le Parti libéral du Québec lançait son programme électoral en matière de santé intitulé *Partenaires pour la santé*. D'entrée de jeu, dans les mots de présentation du premier ministre, les mots allaient un peu comme ce suit: «Nous attachons envers notre système de santé public beaucoup d'intérêt. Le Parti libéral du Québec a jeté les bases de notre système public de santé et de services sociaux il y a 40 ans. Les principes qui nous ont guidés à l'aube de la Révolution tranquille demeurent actuels. Nous croyons à un système de santé public, accessible et universel. Toutefois, si ces principes demeurent vibrants d'actualité, ils demeurent porteurs de l'idée d'une société juste et compatissante. La façon de les mettre en oeuvre doit être profondément revue.» Et, M. le ministre, je sais que vous avez lancé des discussions récemment là-dessus et que le député de Borduas y participe avec énormément, énormément d'intérêt, parce que là-dessus il a ses idées bien précises, et je l'en félicite.

Mais, M. le ministre, dites-nous, où sommes-nous rendus à ce niveau-là et comment voyez-vous le système de santé public avec le système de santé privé? Comment voyez-vous les développements dans les prochains mois et les prochaines années?

M. Couillard: Merci, M. le Président. Pour ce qui est de la prévention et de la promotion, je voudrais quand même souligner la contribution du député de Borduas qui, à titre de président de l'Assemblée — il le mentionne souvent, alors je vais le mentionner aujourd'hui — a créé des installations sportives ici même, à l'Assemblée nationale, hein. Je pense qu'il faut l'en féliciter et espérer... Je n'ai pas moi-même utilisé ces installations encore, je dois le confesser, j'aime mieux le grand air.

M. Charbonneau: Je m'offre auprès du ministre à lui faire une visite guidée...

M. Couillard: Bien, en fait...

M. Charbonneau: ...pour l'inciter, parce que sa collègue députée de Nelligan, elle est une députée assidue. Je la vois à tous les jours, le matin et le soir.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que ça...
M. le ministre?

M. Couillard: Sur ce thème précis...

Le Président (M. Copeman): Moi, personnellement, ça ne me fait rien, mais il me semble que...

M. Couillard: Sur ce thème précis, je m'abs-tiendrais, M. le Président, de crainte d'un glissement qui serait irréversible.

Passons donc à la question du député de Saint-Jean sur la question du rôle du privé. D'ailleurs, le député de Borduas et moi, on est actuellement en commission parlementaire — ça a été interrompu pour le temps des crédits, ça va reprendre vers la mi-mai, je crois — où on entend des groupes qui se prononcent sur le document de consultation du gouvernement qui a été publié il y a quelque temps bien sûr, suite à l'affaire Chaoulli-Zeliotis. Je dirais cependant que les discussions actuellement nous permettent d'entendre tous les points de vue.

Ce qui est intéressant, c'est qu'on connaît la position du gouvernement, la suggestion du gouvernement, qui est une approche équilibrée, où on mise d'abord et avant tout sur le système public de santé du Québec; et d'ailleurs, dans la plupart des régions, la solution pour l'amélioration de l'accès viendra entièrement des institutions publiques. Pour certaines régions, notamment les régions urbaines, on croit qu'il est bon — et plusieurs personnes vont dans ce sens-là, pas toutes, mais plusieurs personnes le font — d'ajouter, toujours sous financement public, des partenariats avec des cliniques affiliées, d'ailleurs que la commission Clair avait recommandé et que, dans son document, le député de Rousseau également semblait proposer, des cliniques affiliées qui donneraient des traitements spécialisés financés par l'État. Donc, pour le citoyen, il n'y a pas de différence avec le fait de consulter en milieu public dans un établissement, là, du réseau. On présente sa carte d'assurance maladie, et il n'y a pas de différence avec les traitements encore une fois donnés en hôpital.

Alors, je crois, là, qu'il y a une façon, là, de présenter une solution qui est équilibrée, la preuve en étant que, dans les conversations qu'on a en commission parlementaire, certains nous reprochent d'ouvrir trop au privé, d'autres pas assez. Donc, ça m'indique qu'on est probablement dans une zone d'équilibre qui est assez satisfaisante.

● (16 h 10) ●

Pour ce qui est de la question essentiellement technique, là, des assurances privées, nous la réservons pour des procédures qui seraient visées par la garantie d'accès public, donc, dans un premier temps, prothèses de hanche, genou et chirurgies pour la cataracte, et également, seulement dans ces cas-là, une permission d'obtenir des assurances privées.

On a indiqué en commission parlementaire deux éléments qui m'apparaissent importants. D'abord, c'est que, s'il sera possible au cours des années d'augmenter ce qu'on peut appeler le «panier réservé aux procédures visées par la garantie d'accès», ça ne veut pas dire nécessairement que chacune des procédures ajoutées à la garantie d'accès sera associée à une assurance privée; ce sera jugé au cas-par-cas.

Et je peux déjà dire, et je l'ai dit en commission, qu'une chose qui se dégage très bien en commission jusqu'à maintenant, et je pense que le député de Borduas va être content de l'entendre répéter, c'est qu'on recommande au gouvernement que, oui, il peut augmenter la garantie d'accès par voie probablement réglementaire et l'indiquer de cette façon, mais, pour ce qui est de la levée de la prohibition d'assurances privées, il faudra avoir recours à des mécanismes législatifs. Et je crois que c'est un argument qui est bien entendu. À chaque fois, je pense que le débat doit être assez sérieux à l'Assemblée nationale, et, de ce côté-là, on a déjà, je crois, précisé cette orientation.

Il nous reste, au cours des semaines qui vont suivre, à amener des discussions plus précises — on en a eu déjà, notamment avec Michel Clair et d'autres personnes qui sont venues en commission — sur la façon dont ces cliniques affiliées vont être définies légalement, la façon dont la propriété va être régie, la façon dont les ententes contractuelles entre la clinique et le réseau public de santé vont se faire, de façon à ce qu'elle soit véritablement utilisée pour le but qui est poursuivi, c'est-à-dire le privé comme dispensateur de services mais au service du réseau public, sous financement public et sans aucune barrière d'accessibilité liée aux revenus de la personne.

Alors, ça nous permet de répéter notre foi et notre confiance dans le système public de santé du Québec, dans un financement public et le fait également, et on l'a répété encore une fois aujourd'hui... Il y avait un article ce matin sur la situation de pauvreté dans la région de Montréal, par exemple, ce qui nous permet de rappeler que cette situation s'est améliorée au cours des dernières années, notamment sur le plan du nombre de personnes à l'aide sociale et des ménages à faibles revenus, mais de rappeler que, pour ces raisons, étant donné la distribution économique de la population du Québec, ceux qui pensent que l'assurance privée permettrait de régler, d'une part, le problème d'accessibilité et, d'autre part, le problème de financement de la santé, à mon avis ils sont dans une mauvaise direction parce que nous n'avons pas, au Québec, le bassin suffisant de personnes pour générer un volume suffisant de procédures faites sous le couvert de l'assurance privée pour avoir un impact. Et bien sûr, comme 80 % des Québécois gagnent moins de 50 000 \$ par année, relativement peu d'entre nous seraient capables d'envisager la possession d'une telle assurance. Donc, ceci a été pris en considération dans la façon dont notre proposition a été élaborée.

Je rappelle cependant qu'il reste encore au moins deux ou trois semaines de consultation en commission. Par la suite, le gouvernement entend déposer un projet de loi à l'Assemblée nationale. Le gouvernement n'entend pas bousculer l'adoption de ce projet de loi là... que le débat parlementaire se fasse normalement, de sorte que le projet, oui, sera déposé au cours de la session en cours, mais que son adoption pourra se faire dans une session subséquente.

Pour ce qui est du délai qui nous avait été fixé par la Cour suprême, nous estimons que le gouvernement, ayant alors clairement indiqué ses intentions, autant par le document de consultation que par le dépôt d'un projet de loi, l'adoption peut en être différée de façon à permettre aux parlementaires de s'exprimer de façon complète. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Ça convient? Ça va? Allez-y, oui. Il reste sept minutes, M. le député.

Programme de vaccination contre la varicelle

M. Paquin: Oui, d'accord. Parfait, merci. J'aimerais un peu revenir sur le dossier de la prévention qu'on a discuté tantôt et parler justement de comment éviter la varicelle qu'on appelle souvent la «picotte» pour ne pas dire la «picotte volante». Ça fait rire le député de Borduas, ça? C'est merveilleux. La varicelle est une maladie très contagieuse, que la majorité des enfants non protégés attrapent un jour ou l'autre. Elle provoque surtout des fièvres, des boutons et elle paraît banale mais souvent entraîne d'autres maladies. Et vu qu'on est, nous, au gouvernement du Québec, Mme la députée de Champlain, très proches des familles et des enfants, vous comprenez qu'on a beaucoup d'intérêt, de là le but de ma question, pour éviter des problèmes et des maladies aux enfants du Québec.

Et dans ce sens-là, je sais qu'aux États-Unis il y a un programme de vaccination qui existe depuis 1995. Ici, au Québec, M. le ministre, est-ce qu'on a un programme qui va dans ce sens-là et comment fonctionne-t-il, pour aider nos enfants? Je veux dire, notre priorité, c'est les familles, les enfants et la santé. Vous comprenez ça, Mme la députée de Champlain? Je sais que ça vous fait sûrement plaisir. Ça fait que, M. le ministre, je vous écoute.

M. Couillard: ...d'ailleurs, mon collègue sous-ministre, M. Iglesias, qui a été un médecin de famille qui a pratiqué beaucoup, dit que ça s'appelait même la «picotte volante». Hein? Je vois la députée de Champlain qui opine du bonnet, donc c'est le cas. Donc, effectivement... La picotte volante parce que très contagieuse, hein?

Et ça me permet de dire qu'effectivement on s'est dotés d'un ajout au calendrier de vaccination. Et il y en a eu un autre également précédemment qui est la vaccination pour les infections à pneumocoques chez les enfants. Et on a déjà, je crois, mesuré les impacts de cette vaccination en termes de réduction du nombre d'hospitalisations d'enfants suite à des infections graves au pneumocoque.

Mais, si on parle spécifiquement de la varicelle maintenant... si on est dans le domaine de la varicelle maintenant, on a annoncé en janvier de cette année la mise en place d'un programme universel et gratuit de vaccination contre la varicelle, qui devrait permettre à long terme l'élimination de la varicelle et de ses complications. On sait qu'il y en a, des complications de la varicelle. Si je me souviens de mes études, la pneumonie particulièrement est une... on me dit que j'ai raison, donc je ne suis pas encore complètement déformé... oui, chez les adultes particulièrement. Puis à long terme également, le zona, très douloureux, hein. Il y a certainement des gens qui nous écoutent qui ont été victimes de zona. Donc...

Le Président (M. Copeman): ...des personnes ici présentes dans la salle qui ont été victimes, M. le ministre.

M. Couillard: Voudriez-vous suggérer que vous en fûtes vous-même une victime, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Exact. Très douloureux.

M. Couillard: De toute évidence, ça n'a laissé aucun préjudice esthétique, heureusement.

Le Président (M. Copeman): Ah! Peut-être pas visible au moment où on se parle.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): C'est également relié au niveau de stress, on me dit, également.

M. Couillard: Le député de Borduas s'est déclaré victime également.

Le Président (M. Copeman): On me dit que ça a rapport également à la notion de stress.

M. Couillard: Oui, puis de... En fait, d'immunité, de stress. Alors, on va vacciner maintenant les enfants qui atteignent l'âge d'un an. Quant aux enfants qui sont plus âgés maintenant, ils bénéficieraient des activités régulières de vaccination en milieu scolaire avec l'objectif que, d'ici 2010, l'ensemble des jeunes Québécois et Québécoises seront vaccinés jusqu'à l'âge correspondant à la troisième secondaire. On sait que... et c'est important de mentionner parce qu'on a souvent la notion que cette maladie est une pathologie bénigne. Écoutez bien cette donnée-là, M. le député de Borduas, moi-même elle me surprend à mesure que je vous la donne: Des complications liées à la varicelle entraînent chaque année l'hospitalisation de 400 à 500 personnes au Québec, notamment les enfants, et même un ou deux décès. Alors, c'est comme la rougeole. La rougeole, ce n'est pas juste une maladie banale, on sait que ça a des complications très graves, mais la varicelle également est le cas. Le vaccin protège efficacement au moins 95 % des enfants qui le reçoivent, et le Comité d'immunisation du Québec a recommandé son ajout au calendrier de vaccination.

On sait qu'aux États-Unis le programme mis en place il y a une dizaine d'années a entraîné une diminution de 80 % des cas de varicelle, de 88 % du nombre d'hospitalisations et de 65 % du nombre de décès, particulièrement chez les jeunes enfants. Ainsi, depuis le 1er janvier, le vaccin... on me fait...

M. le Président, je suis victime d'un accès d'humeur, là... Bon. On me dit: d'où la chanson «Zonas dans la baleine». Ça n'a pas de... Vous comprendrez que...

Bon. Diminution de 80 % des cas de varicelle, 88 % des nombres d'hospitalisations et 65 % du nombre de décès. Donc, on fournit, depuis le 1er janvier, le vaccin gratuitement à tous les enfants qui atteignent l'âge de 12 mois, un âge auquel d'autres vaccins sont aussi offerts. De plus, de 2006 à 2010, le vaccin — c'est important pour les parents qui nous écoutent; le vaccin — sera fourni en

quatrième année du primaire, ce qui coïncide avec la vaccination pour l'hépatite B.

Alors, les adultes, on le répète, peuvent aussi attraper cette maladie avec des conséquences généralement plus graves que les enfants. On offrira également le vaccin gratuitement aux travailleurs de la santé si un dépistage révèle qu'ils sont réceptifs à la maladie, donc s'ils n'ont pas d'anticorps, je suppose. Les autres adultes non protégés peuvent aussi profiter de la vaccination gratuite au moment de la vérification de leur statut vaccinal. Il y a donc là un ajout important dans notre calendrier d'immunisation, et je n'ai pas le coût, mais c'est un investissement assez important. Je me souviens que pour le vaccin, dans le cas du vaccin du pneumocoque, on parlait d'une vingtaine de millions de dollars de coûts supplémentaires; donc c'est un investissement en prévention.

Donc, quand on parle des investissements en prévention, il faut ajouter les coûts de ces ajouts de vaccins au calendrier, 20 millions pour le pneumocoque, plusieurs millions de dollars pour la varicelle: 2 860 000 \$ en base annuelle pour la vaccination contre la varicelle; dans le cas du pneumocoque, c'est plus de 22 millions de dollars que ça coûte, mais ça vaut la peine parce qu'on sait déjà que le nombre... on a déjà observé un effet sur les hospitalisations et les complications des infections à pneumocoque. Voilà.

La Présidente (Mme James): Alors, M. le député de Borduas.

● (16 h 20) ●

M. Charbonneau: Mme la Présidente, je fais quelques instants pour un autre dossier, en fait un autre sujet, et je vais donner la parole par la suite sur le même sujet à ma collègue de Champlain. C'est ça?

Alors, c'est sur la question... parce qu'un des engagements du gouvernement, puis une des cibles, c'était d'augmenter le niveau d'intervention et d'investissement pour les soins pour personnes âgées en perte d'autonomie, donc soins à domicile et hébergement de soins de longue durée. Et il y a eu un plan d'action qui a été rendu public, dont ma collègue va parler. Et dans Partenaires pour la santé, le coût des mesures spécifiques qui avait été établi pour les cinq années du mandat du gouvernement, c'était un total de 625 millions qu'on devait investir. On aurait dû investir... voyez-vous, on est à la quatrième année, là, si je fais un calcul... 75, plus 100, plus 125, plus 150... 450, on en a investi 165. Juste cette année, on devait investir, pour la quatrième année du mandat, 150 millions de dollars de plus. On a investi 30 millions. Et c'est ce qui a amené, et je l'ai dit à la période des questions, c'est ce qui a amené l'association des établissements de santé et services sociaux, c'est ce qui l'a amenée à dire: Écoutez, on n'a pas les ressources à la hauteur des défis que nous lancent les plans d'action du gouvernement.

Alors, le ministre met 35 millions cette année pour les personnes âgées en perte d'autonomie. On va voir avec lui comment se répartit ce 35 millions là entre les soins à domicile puis les places en centre d'hébergement. Mais disons que c'est un peu la table que je voulais mettre, là, pour rappeler au ministre que finalement c'était des sommes considérables.

Donc, ce matin on parlait des urgences, puis on l'a dit ce matin, on l'a dit depuis deux jours dans plusieurs quotidiens du Québec: Un des problèmes, c'est que,

parce que des gens se retrouvent dans les hôpitaux à occuper des lits de soins de longue durée alors qu'ils devraient être dans des centres d'hébergement de soins de longue durée ou encore ils devraient être chez eux, pris en charge par le CLSC avec des soins à domicile, mais la conséquence, c'est qu'on crée des engorgements.

Donc, par exemple, au cours des derniers mois, à plusieurs reprises, le cas de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus de Québec a fait la manchette des médias de la capitale pour justement cette question-là. Dans les quotidiens à travers le Québec, hier et aujourd'hui, on a cité un certain nombre de cas où justement cette réalité-là avait un effet domino pervers sur la situation des urgences dont on a parlé ce matin.

Alors, c'est un peu ce que je voulais indiquer comme introduction, puis je vais laisser ma collègue, qui est la responsable de notre côté sur les personnes âgées, de poursuivre et de questionner le ministre et d'utiliser le bloc complet pour...

La Présidente (Mme James): Mme la députée de Champlain.

Niveau d'investissement pour les soins à domicile et l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie

Mme Champagne: Merci, Mme la Présidente. Alors, écoutez, je vais aborder le dossier à partir du document que le ministre a déposé, qui est le document *Un défi de solidarité — Les services aux aînés en perte d'autonomie*, plan d'action 2005-2010. Et c'est à partir de ce document-là que j'aurais des questions pour le ministre.

Il y a une personne bien connue, Catherine Crépeau, qui, dans une parution dans *L'Actualité*, disait que le ministre de la Santé et des Services sociaux voulait réduire de 4 % à 3 % le taux d'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie. Personne ne peut être contre ça.

C'est que moins on va institutionnaliser, je pense, plus que les personnes vont être heureuses chez elles. On en convient. Je l'ai dit il y a quelques mois. Je l'ai dit l'automne passé, avant la fin de la session d'automne, que le fait de voir à garder les personnes âgées à la maison plus longtemps, c'était un plus en soi. Mais on s'entend sur les moyens maintenant à mettre en place. Présentement, au moment où on se parle — je pense que M. le ministre est très au courant, Mme la Présidente — il est évident qu'on ne peut pas donner beaucoup de soins à la maison parce que les budgets ne sont pas là. Il y a beaucoup de programmes qui sont en place, mais ce sont de petits montants quand on regarde l'ensemble des besoins. On sait également pertinemment qu'il y a, sur la table, une demande de diminuer le nombre de places en hébergement dans le but toujours de garder davantage les personnes âgées à la maison, personnes en perte d'autonomie, en tout cas, je pense, légère, parce que les personnes qui sont en perte d'autonomie majeure se doivent d'être dans des centres avec des soins de plus grande importance.

Or, ce qu'on dit et ce que le texte dit, c'est qu'on voit, dans le document, qu'il n'y a pas de prévision d'aucune enveloppe budgétaire spécifique pour atteindre cet objectif-là; donc c'est une question de budget. Or, dans un premier temps, j'aimerais qu'on m'éclaire sur les sommes d'argent qu'on entend mettre dans les soins à domicile, sur quel

échancier on entend les mettre, ces montants d'argent là, parce que la clientèle âgée nous arrive beaucoup plus vite qu'on le souhaiterait. Cette clientèle-là âgée, elle n'est pas en réalité si nombreuse que ça, parce que la clientèle en action, les aînés en forme, les aînés qui sont en bonne condition physique, il y en a quand même une grande quantité. C'est les aînés en besoin par contre... ont de grands besoins.

Alors, la première question serait là-dessus, à savoir: Combien d'argent le ministre entend mettre? On a vu arriver des sommes d'argent pour les soins à domicile, et je ne pense pas que ça va être suffisant pour répondre à ces demandes-là.

Et je fais immédiatement la petite parenthèse suivante: A date, dans les CLSC, pour avoir fait un petit peu le tour, là, quand on a donné à une personne à la maison un 20 heures, on a donné beaucoup. Le ministre sait très bien qu'il y en a 168, heures, dans une semaine; alors, il n'y a pas tous des papas, des mamans, des frères, des soeurs qui sont autour pour venir à bout d'aider ou des fils, des filles aptes à donner les soins. Alors, ces personnes-là vont se ramasser peut-être dans de grandes difficultés. Et au moment où on se parle, quand on en arrive à en donner un 40 heures-semaine, c'est parce que, là, la personne, elle est très, très, très en demande, très, très, très en besoin, et elle est sur le point d'être hébergée dans un centre parce qu'elle ne se lève plus toute seule, elle ne mange plus toute seule, elle n'est plus capable de se laver; donc, on ne peut pas laisser cette personne-là cinq minutes à peu près toute seule dans sa maison, même si elle le souhaite ou elle est très heureuse d'y être. Là, on parle de cas lourds, on parle de personnes en grand besoin.

Alors donc, cet argent-là, il est où, il va se répartir comment et qu'est-ce qui va être fait pour les personnes qui, dans les soins à domicile, sont habilitées à le donner, qu'est-ce qu'on va demander comme charge aux aidants naturels qui sont la plupart des frères, soeurs ou fils ou filles de personnes âgées en perte d'autonomie? Je parle bien évidemment des aînés parce que c'est la clientèle la plus en demande présentement, même si je dois considérer avec ma collègue de Rimouski qu'il y a bien sûr la clientèle aussi de personnes handicapées. Alors, c'était ma première question. Je vais laisser le ministre me répondre, et j'irai d'une deuxième question.

La Présidente (Mme James): M. le ministre.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Effectivement, je suis content qu'on aborde cette question du plan d'action. Je vais tout de suite commencer par la question précise de la députée de Champlain pour, par la suite, faire des commentaires plus généraux sur le plan d'action.

Effectivement, il y a eu chaque année des ajouts budgétaires pour le soutien à domicile. De façon séquentielle, 25, 50, 35, 35 pour les personnes en perte d'autonomie, et la grande majorité pour le soutien à domicile, mais il faut ajouter d'autres sommes à ça. Par exemple, cette année, il faut ajouter aux 35 millions le 54 millions de bonification du crédit d'impôt pour le maintien à domicile, plus le 11 millions de l'entente avec les entreprises d'économie sociale qui vont permettre de garder des gens à la maison. Ça également, c'est du soutien pour le domicile,

ce qui arrive déjà à plus de 100 millions, là, plus, l'an dernier, le crédit d'impôt de 36 millions pour les aidants naturels. Ça fait qu'on est déjà à un montant quand même important d'investissements, et on va le prolonger à chaque année. Chaque année, c'est notre cible, chaque année ça a été notre cible d'investissement de développements prioritaires, à chaque année. Ça va continuer à l'être également parce que, s'il est vrai, comme dit la députée de Champlain, qu'il y a beaucoup de personnes âgées en bonne condition, le nombre général de personnes âgées, si on applique un pourcentage, va faire en sorte que le nombre de personnes en perte d'autonomie va également augmenter.

Alors, ce qui est intéressant, c'est de noter les résultats en termes de nombre de personnes traitées... suivies — pardon — et également du nombre d'interventions, ce qui traduit non seulement une augmentation de la desserte en termes de la population, mais de l'intensité des services.

Ce que ça veut dire «l'intensité des services», c'est que, si on fait plus d'interventions par personne, on garde les gens en perte d'autonomie plus longtemps à domicile. D'ailleurs, on l'observe très bien dans les CHSLD où actuellement la clientèle qui arrive là est de plus en plus lourde parce qu'elle a été gardée à domicile plus longtemps, et ça, c'est très nettement observé par les intervenants des CHSLD. Donc, le nombre de personnes ayant reçu un ou des services à domicile est passé de 270 700, en 2002-2003, à plus de 300 000, en 2005-2006. Et chose importante de mentionner également, c'est que le nombre d'interventions a augmenté parallèlement et même plus, plus que le nombre de personnes traitées, de sorte qu'on est parti d'un nombre moyen d'interventions de 20,8 à maintenant 22,1 en 2005-2006. Ça semble peu, mais, en termes réels, c'est beaucoup plus d'interventions par personne, et ça permet encore une fois de garder les gens à domicile plus longtemps.

Maintenant, la députée pose également la question de la distribution des sommes, et là il y a deux facteurs qui vont intervenir. Il y a le facteur de la correction de l'inéquité interrégionale; on sait qu'il y a des régions, comme Lanaudière, Laurentides, Laval à un moindre degré, Montérégie surtout, qui historiquement ont été défavorisées sur leur financement. Donc, il y a une partie des développements qui est ajustée régionalement en fonction de l'équité. Ça, ça ne pénalise pas les régions moins pourvues, ça les amène à transformer leur pratique de façon plus importante. Par exemple, Montréal a un taux d'hébergement de plus de 4 %, 4,4 %, alors que des régions comme l'Estrie et la Montérégie ont déjà fait en sorte que leur taux d'hébergement soit autour de 3 %; donc, on doit tenir compte de ces facteurs-là. Il y a des régions qui ont déjà fait la transformation alors qu'elles avaient des ressources moindres que d'autres régions comme Montréal, qui ont conservé un modèle institutionnalisé, même chose pour l'Outaouais. Donc, premier élément de correction et de modulation, c'est l'équité régionale.

● (16 h 30) ●

Maintenant, à l'intérieur de chaque région, l'utilité et l'utilisation des sommes n'est pas dictée par le ministère, ça dépend des plans régionaux et de l'état de situation de chaque région. C'est clair qu'en Montérégie, avec déjà 3 % d'institutionnalisation, on va probablement beaucoup donner l'accès ou l'emphase sur les soins à domicile puis également le rehaussement des interventions dans des

CHSLD. Par contre, dans une région qui est en pourcentage d'hébergement plus élevé, bien là on va devoir transformer les façons de faire de façon beaucoup plus active, comme je vous l'expliquais ce matin, en tirant profit du renouvellement de la clientèle dans les CHSLD pour rediriger — on en a eu un exemple récemment en Beauce, il y a une annonce qui a été faite là-bas — ce qui nous permet de réinvestir l'argent en soutien à domicile et en ressources intermédiaires, de même qu'en projets novateurs.

Donc, il est difficile de répondre de façon précise à la question de la députée parce que, volontairement, on ne donne pas d'instructions précises à chaque région: Vous allez mettre tant pour le soutien à domicile, tant pour l'hébergement institutionnalisé, tant pour les ressources intermédiaires, parce que ça dépend de la réalité de chaque région et de son niveau d'avancement par rapport aux cibles qui ont été atteintes.

Le meilleur indice pour ça, c'est d'aller voir les ententes de gestion. Et d'ailleurs, pour le suivi de la gestion du ministère, de plus en plus, ce sera l'outil le plus intéressant parce que, compte tenu du mode d'allocation budgétaire, de la régionalisation, c'est beaucoup plus difficile qu'auparavant de suivre l'argent comme c'était classiquement possible de le faire parce que tout était microgéré à partir de Québec. Alors, maintenant, il faut beaucoup se baser non seulement sur les allocations budgétaires qui sont annoncées à chaque année, mais également sur les ententes de gestion et le suivi des ententes de gestion qui montrent les atteintes ou non des objectifs par les différentes régions. On aura l'occasion de revenir là-dessus.

Dernier élément sur lequel je veux revenir, c'est que, regardez les deux régions que je mentionne, et ça, ça valide ce que disait le député de Borduas un peu plus tôt, je parlais de l'Estrie et de la Montérégie qui ont déjà atteint presque la cible d'hébergement de 3 %. Et ce n'est pas une coïncidence si vous remarquez qu'au niveau des urgences ce sont les régions qui également ont les meilleures performances. Il y a un lien très net entre les deux. Donc, curieusement, ils ont moins recours à l'hébergement en institution, pas curieusement parce qu'on sait maintenant que c'est ce qu'il faut faire, mais ils ont de meilleurs résultats à leurs salles d'urgence. Alors que d'autres régions qui ont plus de lits d'hébergement par habitant réussissent moins bien. Pourquoi? Parce qu'ayant plus de lits d'hébergement par habitant, ils ont automatiquement dirigé les personnes âgées en hébergement institutionnel, ils n'ont pas développé autant qu'ils l'auraient dû les soins à domicile puis les ressources intermédiaires.

Alors ça, c'est un autre élément qui nous montre pourquoi il faut vraiment adapter la distribution des sommes à chaque région. Mais je rappelle également, on aura l'occasion d'y revenir dans les crédits, la question de l'équité interrégionale qui joue un rôle marqué, là, dans l'attribution des crédits.

Reconnaissance et stabilité du personnel dispensant l'aide à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie

Mme Champagne: Mme la Présidente, écoutez, en regard des besoins des personnes âgées qui vont être gardées et qui vont être maintenues à domicile, pas gardées mais bien maintenues à domicile, il y a divers programmes

qui ont été mis en place puis il y a diverses ressources également qui sont en place. Bien sûr que les CLSC ont le mandat de s'assurer que, sur le territoire x, on donne tous les services voulus. On s'entend sur les diverses personnes qui sont appelées à donner ces services-là. Il y a des infirmières qui vont aux maisons, il y a des infirmières auxiliaires qui vont aux maisons, il y a également des auxiliaires familiales et sociales qui vont aux maisons. On a également d'autres ressources dont ceux qu'on appelle les entreprises d'économie sociale qui vont à la maison mais qui donnent davantage de services que j'appelle plus pratiques, genre aide pour le ménage, l'épicerie, les petites commissions de toutes sortes.

Or, toutes ces instances-là vivent un peu, je dirais, de conflits ou de comparaisons qu'il n'est pas toujours simple à voir. Quand tu t'occupes de la personne âgée, que tu as à la lever, que tu as à la laver, que tu as à t'en occuper, je pense que les auxiliaires familiales et sociales sont habilitées à bien le faire. Et là la distinction ou la ligne de démarcation entre tous ces services-là, elle est mince.

Or, il existe, à partir de ça, certains programmes. Et il y a deux questions en fait dans ma question, la première question: Qu'arrive-t-il de la démarcation entre tous ces services-là? Quelle est la règle pour les auxiliaires familiales et sociales, que vous avez d'ailleurs rencontrées vendredi dernier, à Longueuil, qui sont en demande pour qu'on reconnaisse la capacité, leurs capacités à bien travailler, à donner des services avec une formation de 960 heures de préparation?

Or, si on laisse aller et qu'on ne protège pas cette clientèle-là, et je n'ai pas à les défendre plus que d'autres parce que je sais que chacune, dans sa profession... ont leurs propres moyens de défense, là. Je le disais tantôt, que ce soit infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires ou auxiliaire familiale et sociale, ces dernières nous demandent formellement qu'on rétablisse une ligne, je dirais, pour reconnaître leur formation et reconnaître leur qualité de service.

Or, au moment où on se parle, ce n'est pas le cas. Et justement, tout à l'heure, vous parliez, le ministre parlait, Mme la Présidente, du projet de loi n° 90 ou la loi n° 90 qui a redonné plus de responsabilités encore aux auxiliaires familiales et sociales. Or, en leur donnant plus de responsabilités, on s'attend à ce qu'elles soient sur le terrain. Il y va de la qualité des services à donner aux gens âgés. Et là, quand je vois qu'avec ces personnes-là, s'il y a une entente pour un service de moins de trois mois, ah! bien là, on va aller possiblement vers les auxiliaires familiales et sociales. Mais, si on dépasse le trois mois, possiblement qu'on va passer la main à un autre service.

Alors, pensons à la stabilité pour les personnes âgées qui sont en difficulté de santé et à qui on demande ces mouvements-là de changement. Ils ont beau être à la maison, on a beau vouloir les maintenir à la maison, s'ils voient arriver, à tous les trois mois, des nouvelles faces chez eux, je ne suis pas certaine, moi, qu'elles vont être très, très heureuses de la situation. Alors, comment maintenir une stabilité dans le respect de nos professions, parce que là on va enlever tout intérêt d'aller étudier pour être une auxiliaire familiale ou sociale, on va y perdre tout intérêt.

Alors, j'aimerais entendre le ministre là-dessus, à savoir de quelle façon il entend protéger ces personnes-là qui ont une belle capacité puis une belle formation, et comment il entend également assurer de la qualité sur

les services qu'on va donner pour nos personnes âgées, qu'on veut à tout prix maintenir à domicile? Et je répète que 40 heures sur 168 heures, ils peuvent trouver le temps long quelque chose de rare.

La Présidente (Mme James): M. le ministre.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Alors, également encore des sujets qu'il est bon d'aborder. Effectivement, j'étais au congrès des auxiliaires familiales la semaine dernière, qui était à Longueuil, et cette préoccupation est exactement la préoccupation qui m'a été transmise.

Rappelons brièvement que l'économie sociale a été créée, je crois, vers 1996, 1995, 1996, par le gouvernement précédent. Une bonne idée, en passant, une bonne idée parce que ça crée de l'emploi en région et ça lutte contre le travail au noir, parce que, ne nous faisons pas d'illusions, auparavant, les gens payaient directement des personnes pour leurs activités domestiques et ça échappait totalement aux contrôles, d'abord au contrôle de qualité puis ensuite au contrôle fiscal bien sûr, puis finalement ça soutient des personnes qui sont en perte d'autonomie.

Je rappelle que la première définition de la démarcation — puis je vais y revenir, à cette démarcation, tantôt — entre les activités des professionnels du CLSC, ce qui inclut les auxiliaires familiales, et l'économie sociale a été donnée dans la politique, je pense, Chez soi: le meilleur choix, la politique du gouvernement précédent.

Une voix: Le premier choix.

M. Couillard: Oui, le premier choix?

Une voix: Oui...

M. Couillard: Oui? Chez soi: le premier choix. Je pense que c'est... je ne me souviens plus de la page — je la savais par coeur, à un moment donné, parce que je la citais souvent — où on fait la distinction entre ce que font les professionnels de CLSC et ce que fait l'économie, l'économie sociale. On le retrouvera éventuellement puis on vous... je pense que c'est à la page 17, si ma mémoire est exacte. C'est ça? C'est-u la page 17? Bien oui, c'est la page 17. Alors, on a également, ici, là, une définition des différents rôles, mais on l'a également précisé dans un document qui a suivi, qui est un document d'application de cette politique qu'on a d'ailleurs entérinée; on a continué cette politique-là.

Et finalement, c'est quoi, la ligne de démarcation? C'est ce qu'on appelle les activités de la vie domestique. Ça, c'est l'économie sociale. C'est quoi, les activités de la vie domestique? Bien, c'est de l'aide pour la cuisine, pour le ménage, pour faire des courses, des choses comme ça. Et les activités de la vie quotidienne, qui sont essentiellement les soins à la personne, ça, ça va plutôt du côté des auxiliaires familiales, notamment les soins directs à la personne, et, comme la députée de Champlain l'a dit, elles ont une formation pour ça, une formation pour faire ça.

Alors, on a également noté quelque chose d'important que je leur ai dit, et c'était une surprise pour ces personnes qui ont noté que la perception qu'on a que le rôle des entreprises d'économie sociale a diminué l'importance des auxiliaires familiales, c'est le contraire. Depuis

que l'économie sociale est arrivée, le nombre d'auxiliaires familiales a augmenté de 30 %. Il y a 5 700 auxiliaires familiales maintenant. C'est 30 % de plus qu'en 1996, lors de l'introduction de l'économie sociale. Alors, l'introduction de ces entreprises n'a absolument eu aucun impact sur le corps d'emploi des auxiliaires familiales. Au contraire, je connais peu de corps d'emploi qui ont augmenté de façon semblable dans le réseau de la santé depuis cette époque.

Alors, on a également la précision dans un document donc qui a été publié. Les services domestiques qui sont visés, c'est l'entretien ménager léger: alors la lessive, balayage, époussetage, nettoyage; l'entretien ménager lourd: grand ménage, déneigement de l'accès au domicile, l'entretien des vêtements, l'approvisionnement et autres courses, la préparation de repas quand ce n'est pas des repas particulièrement compliqués, compte tenu de diète puis de questions de traitement. Alors ça, c'est le cadre général dans lequel on fonctionne, et les autres, c'est les activités de soins de la vie quotidienne des personnes, et je vais expliquer tantôt qu'est-ce qu'on a fait pour bonifier le programme d'économie sociale et également répondre à certaines questions.

Je ne veux pas être trop long parce que c'est intéressant, comme discussion, mais je vais juste terminer en disant, puis je reviendrais sur le PEFSAD plus tard de toute façon, le message que je leur ai donné également, aux auxiliaires familiales, quand je suis allé à leur congrès de la semaine dernière, c'est que vous avez là, maintenant, je leur ai dit, une occasion en or de vous manifester au niveau de chaque centre de santé et de services sociaux et de faire préciser votre rôle dans les projets cliniques qui sont en élaboration. Alors, chaque centre de santé et de services sociaux actuellement fait son projet clinique dans lequel il y a bien sûr la perte d'autonomie puis le maintien à domicile. Il y a là une occasion, pour ces personnes, ces auxiliaires familiales, d'intervenir directement au niveau du CSSS et de demander la clarification de ce partage-là, et je les ai encouragées à le faire.

D'ailleurs, pour la petite histoire, je termine là-dessus, j'ai rencontré une dame qui était une des fondatrices de l'Association des auxiliaires familiales, qui était là 30 ans plus tard avec une surprise assez grande de voir cette petite association qui était maintenant rendue à plusieurs autres personnes.

On reviendra peut-être pour le PEFSAD parce qu'il y a des éléments dans l'entente sur PEFSAD, peut-être que la députée sera intéressée de les connaître, qui viennent concrétiser un peu ce que je viens de dire puis donner plus de sécurité quant à la qualité des soins.

• (16 h 40) •

Le Président (M. Copeman): Nous avons déjà dépassé de quelque peu le...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui. Très bien, Bien sûr. Mme la députée de Chambly.

Amélioration des services de pédo-psychiatrie pour les enfants de moins de 12 ans dans la circonscription de Chambly

Mme Legault: Merci, M. le Président. M. le ministre, c'est à titre de députée du comté de Chambly

que je voudrais vous interpeller maintenant plus spécifiquement. Vous savez que, dans le comté de Chambly, on a deux territoires de CSSS: le territoire du Richelieu-Yamaska puis celui du Haut-Richelieu—Rouville. Vous êtes très au courant d'une situation qui me préoccupe puis je sais qui préoccupe aussi mon collègue de Borduas, qui touche le territoire du Centre de santé et de services sociaux du Richelieu-Yamaska, c'est celui du fait que, bon, qu'il y a un manque flagrant, là, de services pour la pédopsychiatrie pour les enfants donc entre zéro et 12 ans. Et il y a eu plusieurs démarches qui ont été entreprises pour recruter une pédopsychiatre. Le 15 mars dernier, le C.A. du CSSS a d'ailleurs adopté une résolution pour mandater et le président, Dr Viens, puis le directeur général, M. Blanchard, pour faire toutes les démarches nécessaires, et on a reçu, mon collègue de Borduas et moi-même, une correspondance en début d'avril nous demandant, là, d'appuyer et de faire en sorte que le ministre soit bien sensibilisé à cette situation-là.

En fait, ce qui est requis, c'est une demande de dérogation pour une pédopsychiatre, et je voulais savoir où est-ce qu'on en était avec cette décision-là qui est très importante pour notre population.

M. Couillard: Merci, M. le Président. D'ailleurs, la députée de Chambly m'avait plusieurs fois sensibilisé à cette question-là, puis je crois que la situation n'est pas étrangère à la connaissance non plus de notre collègue de Borduas, et il y a une correspondance récente d'ailleurs qui précise la question.

Quelle était la situation? Il n'y avait qu'un seul pédopsychiatre dans le territoire en question, et avec de plus en plus de difficultés à traiter la clientèle croissante pour la pédopsychiatrie. On sait que c'est une spécialité rare, hein, c'est peu nombreux les psychiatres qui choisissent de se spécialiser en pédopsychiatrie. Et la solution qui a été choisie illustre des éléments qu'on mentionnait ce matin ou tantôt, plutôt, dans la gestion des effectifs médicaux. On en a également parlé ce matin, et le rôle du RUIS ou du réseau universitaire intégré de santé dans la gestion des effectifs médicaux, puisque, dans ce cas effectivement, une dérogation a été accordée. Pour expliquer aux citoyens qui nous écoutent qu'est-ce que c'est qu'une dérogation: c'est une demande d'un établissement ou d'un territoire pour recruter un médecin en sus du plan d'effectifs autorisé.

Alors, on le fait parcimonieusement, je dirais presque au compte-gouttes, et chaque cas est évalué de façon très attentive parce que c'est certain que, si on accorde automatiquement des dérogations à chaque demande, il n'y aura plus de plan d'effectifs, et finalement les gens finissent par s'installer dans les régions urbaines. Mais cependant, dans ce cas-là, on a été sensibles aux arguments qui ont été présentés par l'établissement, et la solution qui a été trouvée est illustrative parce qu'on a permis le recrutement de la médecin, de la psychiatre en question, mais conditionnellement à un engagement non pas seulement d'elle, mais de tout le département de psychiatrie de participer activement aux activités d'enseignement pour les stages d'externat et de résidence. Alors donc, on fait d'une pierre deux coups: on obtient une professionnelle de plus mais également on bonifie l'enseignement dans cette région-là, et je crois que c'est tout à fait justifié de le faire.

Et bien sûr on parle également éventuellement d'une unité de médecine de famille à bâtir dans cette

région-là — on en parlait ce matin, des unités de médecine de famille — et je crois là qu'il y a un exemple d'une utilisation judicieuse du mécanisme de dérogation. Mais je voudrais quand même rappeler que la dérogation demeure un mécanisme exceptionnel qui est accordé sur une base parcimonieuse et vraiment avec des discussions très serrées entre les différents partenaires, soit le ministère, les fédérations médicales et maintenant le réseau universitaire intégré de santé.

Territoires desservis par les réseaux universitaires intégrés de santé

Mme Legault: Je vous remercie pour cette réponse, puis je suis certaine que notre population s'en réjouit. C'est une belle nouvelle.

Si je peux me permettre un petit complément, là, sur la question des RUIS que vous venez d'aborder puis qu'on a abordée ce matin un petit peu... on n'a pas eu beaucoup de temps pour en parler. Pouvez-vous nous parler un petit peu plus des territoires pour que ce soit bien clair pour la population qui nous écoute?

M. Couillard: Pardon?

Mme Legault: Les réseaux universitaires intégrés, pouvez-vous parler un peu des territoires? Comment... juste pour conclure cette conversation-là qu'on a entamée ce matin.

M. Couillard: Alors, les territoires, on les a brièvement décrits ce matin. Et très rapidement, de mémoire, là, parce que je n'ai plus les chiffres sous les yeux, l'Université de Montréal a environ 40 %, un peu plus de 40 % du territoire du Québec, notamment tout le nord de Montréal, la partie centrale et occidentale de la Montérégie, la Mauricie, qui maintenant est dans sa zone d'influence. L'Université Laval, je crois que c'est 23 %, c'est tout l'est du Québec, le grand centre de référence ici, à Québec, avec la Gaspésie, la Côte-Nord, et également le Saguenay—Lac-Saint-Jean. L'Université de Sherbrooke, 14 %, je crois, essentiellement, bon, bien sûr la région de l'Estrie, une partie des Bois-Francs et la partie de l'est de la Montérégie. Et l'Université McGill — et ça, c'est un élément que j'aime souligner parce que l'Université McGill s'engage maintenant activement dans la desserte régionale au Québec, là — le pourcentage m'échappe, mais c'est un pourcentage qui correspond à la taille de leur influence... 23 %. Donc, le 23 % que j'ai dit tantôt, ce n'était pas Laval. C'était pour les deux? O.K. Chacun a 23 %. Et l'Université McGill maintenant est responsable de la desserte, bon, de la partie ouest de l'île de Montréal, également, en remontant, de la région de Gatineau, et de l'Abitibi-Témiscamingue, et également le Nord-du-Québec. Ils ont une relation historique avec le Nord-du-Québec qui demeure présente. Mais, moi, je suis très heureux de voir les installations de santé de l'Université McGill particulièrement, maintenant très présente sur le territoire du Québec, et déjà la région de l'Abitibi-Témiscamingue a bénéficié de cet outil-là.

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

Crédits consacrés afin d'augmenter l'apport des médecins formés à l'étranger

M. Reid: Merci, M. le Président. J'avais annoncé cinq questions tout à l'heure, j'en ai posé une. La troisième a trouvé réponse parce que je pense que le député de Borduas s'intéressait à la même question sur l'organisation des soins en région.

Mais je vais revenir à la deuxième, et je vais reprendre un petit commentaire du député de Borduas qui nous expliquait que l'erreur... Je vous rappelle, mes questions, pour bien les comprendre, il faut comprendre qu'il y a eu un problème dans les années quatre-vingt-dix. Le député de Borduas disait dans d'autres mots qu'il y avait une erreur qui a été faite mais de bonne foi, parce qu'à l'époque c'est un peu la façon dont on pensait, et qu'il ne fallait pas créer de l'effroi. Et loin de moi l'idée de faire un procès d'intention et surtout pas ce que j'ai entendu ici, dans cette Chambre, M. le Président, dans la première année où j'étais député, où, de l'autre côté de la Chambre, on nous avait accusés, dans une soirée — il était bien tard, je dois le dire, il était peut-être 11 heures — mais on avait accusé ce gouvernement qu'il n'avait pas encore assouvi sa soif de détruire de Québec. Loin de nous de faire de ce genre de procès d'intention. Évidemment, ce n'est pas les raisons qui ont mené aux décisions qui ont été effectivement lourdes de conséquences.

Mais néanmoins il me semble qu'il est important, encore aujourd'hui, M. le Président, de revenir et de bien comprendre l'erreur qui a été commise et son importance parce qu'elle a des conséquences aujourd'hui. Le ministre a parlé tantôt des médecins qui auraient été ici, aujourd'hui, ces années-ci. Mais ces conséquences sont aussi marquées lorsqu'on parle des crédits, lorsqu'on parle des coûts qui sont associés aux correctifs qu'on peut y apporter, que ce soit des coûts au niveau des facultés de médecine.

Et je voudrais apporter ici au autre... ma deuxième question est davantage au niveau de l'apport des médecins formés à l'étranger, qui sont diplômés de l'étranger et pour lesquels, il faut bien le dire, dans les années quatre-vingt-dix, l'apport de ces médecins-là n'a pas beaucoup augmenté et n'a beaucoup contribué au renouvellement des effectifs qui étaient partis en très grand nombre.

Par contre, les choses ont changé depuis quelque temps, c'est quelque chose qui est très important pour notre gouvernement. Même au Forum des générations, c'est un élément important qui a été amené au Forum des générations. Et j'aimerais que le ministre puisse peut-être expliquer les démarches qui ont été entreprises, le niveau de succès et, puisqu'on parle des crédits de 2006-2007, quelle est la perspective des crédits de 2006-2007 dans le renouvellement de l'effectif médical, mais liée à cette deuxième source de renouvellement qui est celle d'engager, d'inviter et de retenir des médecins qui ont été formés déjà à l'étranger et pour lequel ça ne prend pas 10 ans pour avoir quelqu'un qui est capable de pratiquer.

• (16 h 50) •

M. Couillard: Merci, M. le Président. Effectivement, il faut faire une distinction. Tantôt, on parlait des étudiants diplômés hors Canada, États-Unis qu'on incorpore dans nos programmes de formation, puis on voit que le nombre de ces personnes augmente. Maintenant, on parle plus spécifiquement des médecins étrangers qui

sont déjà diplômés dans un autre pays, qui veulent maintenant pratiquer au Québec.

Alors, il y a eu, dans cette question-là, des actions sur les deux types de population dont on parle. Parce qu'il s'agit de deux sous-populations: il y a un premier groupe de médecins qui sont déjà chez nous, au Québec, qui sont des médecins — on en connaît tous, on les a tous rencontrés souvent dans nos activités ou dans nos bureaux de circonscription — des médecins diplômés d'un autre pays ou d'un autre continent en général et qui trouvent qu'ils ont de la difficulté à gagner ou à être incorporés dans la profession médicale.

On sait que la démarche qu'ils doivent suivre, c'est d'abord de voir leur formation reconnue par le Collège des médecins, puis je rappelle que le Collège des médecins est indépendant du gouvernement. Le gouvernement ne donne pas d'ordre au Collège des médecins, et je dirais que pour eux c'est la première... il faudrait qu'ils sachent avant ça parce que, dans ces pays-là, dans la plupart des pays en fait, c'est l'État qui donne les permis de pratique. Il n'y a pas d'organisation indépendante pour évaluer les compétences puis donner les permis. Alors, pour eux, c'est une première prise de conscience que le ministre ne peut pas écrire une lettre au président du Collège des médecins puis dire: Vous devez donner un permis de pratique à telle personne ou en donner un soi-même.

Une voix: Encore moins le député.

M. Couillard: Encore moins le député. Alors, pour ces personnes-là, il y en a environ 300 et quelques au Québec. On a, dès les premiers jours de notre mandat, avec la ministre de l'époque qui est maintenant ministre de l'Emploi mais qui à l'époque était ministre de l'Immigration, et c'est poursuivi par la ministre actuelle, créé des groupes d'accompagnement pour mieux préparer les gens à passer les examens du Collège des médecins. Parce que tous s'entendent qu'on veut accueillir les médecins étrangers mais pas au prix de la compétence et de la sécurité des patients. Je pense que là-dessus on est en accord. Donc, ça a permis de faire passer le taux de succès aux examens de pas plus de 20 % à 50 à 60 %. Donc, maintenant les gens réussissent plus aux examens et peuvent plus facilement être incorporés, on l'a vu tantôt, dans les programmes de formation. Premier groupe.

Deuxième groupe, c'est les médecins qui sont à l'étranger et qui sont intéressés à venir pratiquer au Québec. Alors, on a créé une unité qui, en novembre 2003, qui s'appelle le Recrutement Santé Québec, et c'est une unité qui a beaucoup de succès puisque, depuis sa création, Recrutement Santé Québec a reçu 753 inscriptions, a réalisé 173 parrainages avec 45 établissements dans 14 régions du Québec. Des 99 parrainages qui sont présentement actifs, 25 candidats sont à l'étape du stage d'évaluation.

Alors, pour expliquer le processus. Première étape, le médecin étranger — maintenant, ça peut se faire par Internet — contacte Recrutement Santé Québec, donne son intérêt. Deuxième étape, sa formation, son expérience sont évaluées, et on le fait maintenant de façon plus rapide avec des médecins-conseils au ministère qui ont de l'expérience dans ce domaine-là. Si on trouve que la compétence est reconnue, est applicable, à ce moment-là, il faut qu'il y ait un parrainage, c'est-à-dire qu'il faut qu'une région ou un établissement parraine le professionnel,

et on va organiser une visioconférence, une prise de contact directe entre le médecin étranger et l'établissement. Par la suite, déplacement pour un stage d'évaluation, et récemment on finance les stages d'évaluation. Ils sont près de... ça coûte près de 6 000 \$, et on finance maintenant les stages d'évaluation de ces médecins étrangers.

On fait ça avec le Collège des médecins et les fédérations médicales. Il y a actuellement, par exemple, 25 candidats qui sont en train de faire leur stage d'évaluation en question. Une fois que le stage réussit, l'étape subséquente, c'est l'étape du permis restrictif. Alors, le permis restrictif est un permis de pratiquer la médecine qui lie le candidat à un établissement particulier. Alors, pour les spécialistes, d'ailleurs ça vient d'être modifié parce qu'historiquement la durée d'entente du permis restrictif était de six ans, c'est-à-dire que la personne signait... ne signait pas, obtenait un permis restrictif de six ans pendant lesquels elle était liée à l'établissement et ne pouvait obtenir de permis régulier. Par la suite, le permis restrictif pouvait être transformé en permis régulier si on passe les examens de spécialité. C'est toujours important de le rappeler.

Alors, à cause de considérations légales et de la jurisprudence, on a récemment changé cette approche-là pour des permis restrictifs d'un an, donc le permis régulier est accessible après un an — grosse amélioration — mais cependant, nous, on va quand même tenir à des contrats d'engagement entre l'établissement parrain et le médecin pour environ quatre ans, pour être certains qu'il a le temps de se nouer des relations avec la région puis le médecin puis qu'il installe sa famille puis qu'il veuille rester. On ne veut pas que ce soit la porte tournante puis que les gens quittent immédiatement cette question-là.

Je rappelle que, dans cette population de médecins étrangers également qui sont à l'étranger, il y a un autre groupe qui sont les médecins recrutés par les facultés de médecine. Les facultés de médecine ont accès à des recrutements privilégiés sur la base de l'excellence académique et des besoins d'enseignement, où ils peuvent encore plus facilement faire venir des médecins avec le même mode, c'est-à-dire des permis qui sont adaptés à leur situation.

Donc, ceci est la mécanique, mais elle a besoin d'être améliorée. Et récemment j'ai correspondu à deux reprises avec les agences régionales, parce que ce qu'on constate, c'est qu'il y a des candidats qui sont disponibles pour parrainage et qui ne sont pas parrainés. Et ça, je le dis en regardant spécifiquement les députés de régions qui sont en pénurie d'effectifs médicaux parce que, pour moi, c'est une grande déception. Je ne comprends pas, lorsque je visite une région, qu'on me parle de pénurie d'effectifs, qu'on ne trouve pas de médecin de famille, qu'on n'a pas de spécialiste, alors qu'il y a au-dessus de 140 médecins qui sont prêts à être parrainés, là, aujourd'hui, là, par les régions et qui ne l'ont pas été.

Alors, j'ai correspondu pour la première fois avec les agences régionales le 19 décembre pour leur faire part de mon étonnement et leur demander d'entrer en contact avec le ministère pour parrainer ces candidatures-là et j'ai écrit une deuxième fois en avril dernier, le 11 avril dernier, pour préciser que, par exemple, toujours dans le cadre de la pénurie de médecins... Et la population qui nous écoute comprendra très difficilement qu'une région se prononce publiquement quant à la pénurie d'effectifs médicaux et ne tienne pas avantage des occasions de

recrutement immédiat, immédiat, qui lui sont disponibles. Et je compte, pour les députés ici présents, puis ceux qui nous écoutent, et les gens des régions, de répéter ce message. Il y a actuellement au-dessus de 120 et 130 médecins disponibles pour être parrainés maintenant par les régions.

Alors, ce que j'ai indiqué aux régions, c'est que... bien sûr, je l'explique, je lis la lettre: «Alors que le problème d'effectifs médicaux est invoqué dans toutes les régions, je vous souligne que le population comprendrait difficilement que ces opportunités de recrutement de soient pas exploitées. J'insiste donc pour que vous saisissiez l'occasion qui vous est offerte d'améliorer l'accès aux services médicaux pour la population de votre région.» Et je dis même qu'on va voir qu'elle est l'action prise par chacune des régions puisqu'on doit faire des plans d'effectif. J'attends que... parce que je pense que l'attention des parlementaires est importante là-dessus, et je vois qu'il y a des conversations croisées. Mais je veux être certain que le message est bien reçu parce que chacun d'entre nous pouvons intervenir dans nos circonscriptions et dans nos régions.

J'indique également que, lorsqu'on élabore les plans d'effectifs régionaux, on prend acte des besoins qui nous sont fournis par les régions. Alors, si, d'une part, une région me dit: J'ai besoin, par exemple, de 50 nouveaux médecins et qu'elle n'a pas du tout utilisé la banque de recrutement de médecins étrangers qui lui est offerte, je vais me poser des questions sur le niveau réel de besoins, hein? Alors, ces correspondances ont été faites au niveau des régions, j'espère que le suivi va être apporté. Je suis convaincu qu'il va l'être. Et ces lettres pourraient être déposées ou transmises aux collègues s'ils le désirent parce que je pense que c'est un élément d'intérêt public ici. On a une société qui a besoin de l'immigration pour l'avenir, on a besoin d'accueillir des professionnels, et il faut que cet accueil-là se manifeste concrètement partout.

D'autant plus qu'on offre aux régions, et c'est également mentionné dans la deuxième lettre, qu'un médecin-conseil chez nous, et d'autres également avec les fédérations, les associations médicales, est spécifiquement affecté à revoir tous ces cas-là, être certain que ce sont tous des cas qui sont prêts à être parrainés. Donc, on va leur présenter de façon nominale la liste des candidats qui sont prêts à être parrainés et qu'on finance maintenant des activités, les stages d'évaluation, qu'on organise des visioconférences pour eux pour la prise de contact. Alors, il y a beaucoup d'éléments facilitateurs qui sont disponibles.

Alors, je fais appel, là, actuellement, là, à toutes les régions, notamment les régions qui sont en difficulté d'effectifs médicaux. Et on l'a fait par écrit, on le refait publiquement à plusieurs reprises. Je l'ai dit en Outaouais, récemment, quand je suis passé, que, si on parle de pénurie d'effectifs dans une région, il faut absolument qu'on tire profit de ces occasions de recrutement là. Alors, j'espère bien qu'on aura un suivi, là, dans le domaine.

Impact des infirmières spécialisées pour réduire les effets négatifs de la pénurie de médecins

M. Reid: M. le Président, la troisième question que j'avais parlait de besoins régionaux; on y a répondu. Et en même temps, le ministre, quand il a parlé de cette question-là en réponse au député de Borduas, a parlé des infirmières et des dévolutions.

La quatrième question portait sur les infirmières, et j'aimerais, si possible, là, de voir un peu plus le lien et la problématique des infirmières qui a commencé, elle aussi, dans les années quatre-vingt-dix. Et en quoi est-ce que de préparer des infirmières spécialisées, première ligne, par exemple, des infirmières spécialisées dans différents secteurs va aider effectivement à diminuer les problématiques liées à cette erreur historique, là, si on veut, même si elle était faite de bonne foi, mais dont on subit encore les conséquences aujourd'hui?

Le Président (M. Copeman): ...il reste deux minutes, je fais appel à votre esprit de synthèse bien développé.

M. Couillard: Oui. Je vais le manifester encore une fois, M. le Président, pour dire que le défi à relever, c'est également celui de l'avenir. On a vu avec la démographie l'évolution de la profession. Donc, deux types d'infirmières spécialisées, l'infirmière spécialisée pour certaines spécialités, comme par exemple la néonatalogie ou la néphrologie. On a déployé ces infirmières-là avec un programme de formation, un programme d'intérêt également. Et un dossier qui me tient particulièrement à coeur personnellement, c'est l'infirmière praticienne de première ligne, celle qui pourrait nous voir pour des activités ou des besoins de santé de base ou nous suivre lorsque le traitement a été établi par le médecin et signaler au médecin s'il y a un problème, mais assurer une partie du suivi en collaboration, non pas pour remplacer le médecin, mais pour l'appuyer.

Alors, dans ce dossier d'infirmières praticiennes de première ligne — on pourra en reparler tantôt parce que les discussions progressent avec les ordres professionnels pour en arriver, j'espère, au dépôt d'un règlement et au début également de la formation et de la mise sur pied, au Québec, des infirmières praticiennes de première ligne — rappelons qu'il en existe ailleurs qu'au Québec plusieurs centaines, dans les autres provinces canadiennes et dans les États américains. Alors, c'est un domaine dans lequel on a été lent au Québec à se mettre en marche, mais on est maintenant dans la bonne direction.

● (17 heures) ●

M. Copeman: Merci. Mme la députée de Champlain.

Mme Champagne: Merci, M. le Président. Avant d'aborder le PEFSAD, parce que j'ai une situation bien particulière vers laquelle j'aimerais amener le ministre de la Santé et des Services sociaux, juste un petit rappel sur deux points concernant, là... pour terminer avec les auxiliaires familiales et sociales du Québec. Juste rappeler que la clarification du partage des responsabilités entre l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec, les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique qu'on appelle les ESAD, là, les coopératives d'entretien ménager, les agences privées et la formation nécessaire pour les effectuer, c'est très important que cette clarification-là se fasse. Elles sont en demande, et avec raison. On me dit tout à l'heure que le taux... il y a eu une augmentation du taux des infirmières auxiliaires au Québec depuis même l'implantation de nos groupes d'économie sociale. Je n'ai pas eu l'impression qu'elles pensaient de la même

façon. Alors, nous aurons peut-être des vérifications à apporter là-dessus.

Puis penser également aux conséquences directes sur la qualité, l'uniformisation et le suivi des services aux aînés et à la clientèle ciblée, si on fait trop de jeux de chaises entre les diverses formations, on risque d'amener, chez les personnes âgées, moins de qualité de service... moins de services premièrement, moins de qualité de service en les mettant entre les mains de gens qui sont moins formés, pas des gens de moins bonne volonté mais des gens moins formés, et je trouve qu'il faut peut-être avoir une garde là-dessus, là, et toute l'application du barème de moins trois mois, plus trois mois, là, on parle d'êtres humains fragiles.

J'aimerais que le ministre prenne bien conscience de l'importance de ne peut-être pas tomber dans ce panneau-là, là, de jouer à la chaise musicale avec des personnes âgées parce que ce ne serait pas pertinent et on n'aurait pas atteint nos cibles. Tout ce qu'on aurait atteint, c'est une économie d'échelle, économie financière peut-être parce que les soins à la maison ne pourront pas être de l'ordre de 40 heures-semaine seulement. C'est insupportable, c'est impossible, j'en suis convaincue.

Effets de l'élimination de la prime de ruralité sur les services d'aide à domicile dans la MRC Côte-de-Gaspé

Alors, je vais tout de suite aller à ma question sur le PEFSAD. Mme la Présidente... M. le Président, je devrais dire, il y a quelque temps, on m'a soumis un cas bien particulier — c'est bien «M. le Président», je n'en doute pas une minute — on m'a soumis un cas de la corporation d'aide à domicile Multi-Services de Grande-Vallée dans la MRC Côte-de-Gaspé. Et ce cas-là se voit un peu dans toutes les régions du Québec, surtout en ce qui regarde la ruralité, et je pense que, M. le Président, le ministre va me voir un petit peu venir avec ce dossier-là.

C'est un organisme qui génère une masse salariale de 3,5 millions par année. Il y a 232 emplois. Le nombre de personnes desservies, c'est 1 600 personnes. Alors, M. Richard, qui est le directeur, m'informait que, le 30 mars 2006, le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui est ici présent, a annoncé une injection de 11,1 millions au Programme d'exonération pour les services d'aide domestique, bien connu sous le nom de PEFSAD, programme qui permet à tout citoyen du Québec d'obtenir une aide financière lorsqu'il fait affaire avec une entreprise d'économie... une entreprise, c'est-à-dire, d'aide domestique reconnue.

La RAMQ gère la prime de ruralité depuis 1998. C'est une petite prime de 2 \$. Ça a l'air de rien, mais, quand tu calcules le montant que ça donne, je pense que, là, on le droit de se poser des questions. Or, le 20 avril 2006, les gens de notre ministère sont allés... les gens de la RAMQ, en fait, sont allés rencontrer les entreprises d'économie sociale à Drummondville, et là ils ont appris que la prime de ruralité serait coupée. Ils ont un délai d'un an. Alors, cette prime-là, là, pour la petite... la corporation d'aide à domicile Multi-Services, qui est d'ailleurs la première entreprise d'économie sociale au Québec — j'aimerais bien le rappeler pour les gens qui nous écoutent, et je suis certaine que ces gens-là sont à l'écoute aujourd'hui — ça représente 400 000 \$ par année.

Ça leur rapporte 400 000 \$. C'est donc un manque à gagner de 250 000 \$ pour la MRC Côte-de-Gaspé, incluant Murdochville, et c'est une perte de 750 000 \$ pour les cinq autres MRC de la région de Gaspésie—Les Îles. La subvention après coupure accordée à Multi-Services pour les frais de gestion est de 150 000 \$ au lieu de 400 000 \$. Donc, M. le Président, c'est 700 emplois de préposé au service qui seront perdus dans la région, dont 200 emplois pour la MRC Côte-de-Gaspé. La RAMQ leur a reconnu, en 2005-2006, 211 904 heures de service à la clientèle. C'est énorme, le travail qu'ils font sur le terrain, et plus la région est éloignée, plus le besoin est grand.

La coupure est effective depuis le 1er avril 2006, mais le ministère applique une mesure de transition, comme je disais tantôt, en maintenant le versement de 1 million de subventions qui aurait été versé de toute façon.

Or, Multi-Services, je le disais, est la première entreprise d'économie sociale au Québec. Cinq autres entreprises de la région, de cette même région se sont classées parmi les 100 plus grandes entreprises de la région Gaspésie—Les Îles. Donc, perte de 250 000 \$ à l'application des nouveaux paramètres en 2007 pour Multi-Services et au total ce sera 1 million de pertes pour la région. Et on sait que, dans cette région, les services sont rendus à 99 % par des femmes, donc perte d'emplois pour des femmes.

Alors, M. le Président, ma question, vous la comprenez très bien, je pense, elle est très simple: Pourquoi donner, d'un côté, un 11 virgule x millions dont on a parlé tantôt et, d'un autre côté, enlever peut-être à peu près le même montant dans le cadre de cette prime de la ruralité qui est importante pour ces gens-là?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, ça va nous faire plaisir de préciser à l'entreprise en question les éléments, parce que de toute évidence il y a des éléments qui sont mal compris ou mal perçus. Tout le monde bénéficie; il n'y a pas une entreprise d'économie sociale qui va avoir moins de budget, tout le monde en a plus de plusieurs façons.

Parlons d'abord de la prime de ruralité. On l'a modifiée pour la compensation réelle de dépenses de déplacement, des dépenses réelles. Pourquoi? Ça ne fonctionnait pas, la prime de ruralité, parce que ça marchait avec le code postal. Et ça créait des inéquités absolument épouvantables, là, pour les entreprises, et ça a été une des revendications principales de l'association des entreprises d'économie sociale. Et je répète, en particulier et encore une fois, qu'il n'y a aucune entreprise qui est perdante, toutes les entreprises sont gagnantes. Pourquoi gagnantes? De la façon suivante, c'est que chacune... et d'ailleurs en Gaspésie, en plus des montants qui ont été reçus le 31 mars 2006, la région peut compter pour chaque année pour ses entreprises sur 90 000 \$ additionnels — additionnels — par rapport aux montants qui avaient été reçus.

Par exemple, là-dedans, chaque entreprise reçoit 15 000 \$, par exemple, de compensation pour son administration. Et dans l'application de la nouvelle modalité de ruralité, ce n'est pas l'abandon de la ruralité, c'est le contraire, c'est l'adaptation aux véritables dépenses de déplacement. Il y a des frais de transition qui sont

prévus de sorte que tout le monde va être compensé et qu'il n'y aura pas de perdant là-dedans, les gens vont pouvoir s'adapter à ce changement-là. Et encore une fois, si l'entreprise veut avoir des précisions par votre intermédiaire ou celle de vos collègues, je les engage à communiquer avec les gens du ministère. D'ailleurs, en collaboration avec l'agence, les représentants du ministère vont rencontrer les entreprises de la Gaspésie pour échanger sur leurs particularités, également.

Il y a une autre mesure qui s'ajoute, c'est 4,4 millions pour favoriser l'accès des personnes à faibles revenus. Mettons qu'en Gaspésie c'est 75 % des personnes servies qui sont à faibles revenus, donc c'est un autre montant qui va s'ajouter. Et il y a donc plusieurs éléments qui non pas vont pénaliser l'entreprise, mais vont la soutenir mieux et vont assurer sa pérennité parce que, dans l'annonce de 11,1 millions de dollars, on a plusieurs éléments qui sont extrêmement structurants. D'abord, la compensation des frais de déplacement, c'est un montant par client et en fonction d'un taux régional: c'est 2,6 millions fois 2, c'est 5,2 millions. Les frais administratifs sont compensés avec une indexation annuelle: un montant de base de 23 500 \$ plus un montant par client, 2,4 et 3,5 millions de dollars. La conversation de la prime de ruralité donc est compensée exactement par d'une part les nouvelles modalités de frais de déplacement parce que c'est exactement le même montant global, et il y a des frais de transition pour les économies sociales de 600 000 \$ de compensation de la ruralité et un montant minimal de 15 000 \$ — je l'expliquais tantôt.

Donc, je vais rassurer la députée de Champlain, là, son entreprise va être bien accompagnée, puis on a fait en sorte que toutes les entreprises soient accompagnées individuellement et en profitent, et c'est la raison pour laquelle leur association a réagi de façon extrêmement positive à cette annonce-là parce que justement ça ne fait pas de perdant, là, ça permet à tout le monde de s'adapter et de se transformer en enlevant les éléments d'inégalité majeure qui étaient présents dans le système à cause de l'application de la prise de ruralité.

Maintenant, il y a d'autres mesures structurantes, bon, des mesures administratives, la reddition de comptes, ça, c'est moins important pour les gens qui nous écoutent. Mais je dirais qu'il y a un élément qui est important pour la qualité des services, parce qu'elle l'a dit, elle-même, la députée de Champlain, elle ne veut pas démoniser les gens de l'économie sociale; c'est des gens de bonne volonté qui travaillent très bien, et on s'assure de pouvoir différencier leurs responsabilités — on l'a dit tantôt — entre les professionnels des CLSC et ces entreprises. Mais on a amené une disposition, par exemple, pour que, lorsqu'on atteint 15 heures de services, il y ait une référence obligatoire au CLSC. Parce que ce qui se passait apparemment dans certains cas, c'est que les services augmentaient progressivement, ce qui témoignait d'un alourdissement de la situation de perte d'autonomie de la personne, et le centre de santé et de services sociaux et les professionnels du CLSC n'étaient pas avisés de la situation, et on se retrouvait dans des situations souvent difficiles à gérer parce qu'elles étaient apparentes au dernier moment.

Alors, lorsqu'on atteint 15 heures de services, il y a une référence obligatoire au centre de santé et de services sociaux. Il y a également la décision de relever les montants prévus à la grille d'exemption pour l'aide

variable au seuil prévu de façon à ce qu'il soit compatible avec le régime de supplément de revenu garanti. Il y avait une différence entre les seuils du supplément de revenu garanti et les seuils pour l'aide variable.

● (17 h 10) ●

Je rappelle que le PEFSAD a deux régimes: le régime fixe, à taux fixe pour les gens qui ont des revenus plus élevés, et à taux variable selon le revenu, pour les gens à faibles revenus. On a donc relevé les seuils de façon à faire bénéficier plus de gens âgés à faibles revenus et enfin on a arrimé également d'autres programmes de soutien au PEFSAD. Mais je dirais que, si on résume ça, on a également introduit ici plusieurs modalités qui sont très structurantes et qui vont permettre non seulement la survie, mais le développement des entreprises. Parce qu'une des craintes des entreprises lorsqu'on a commencé ces conversations avec elles, c'est qu'on ne fasse que ce qu'on avait fait l'an dernier, qui était un fonds d'urgence. L'an dernier, on avait un fonds d'urgence de 2,5 millions pour essayer de colmater les brèches les plus apparentes puis stabiliser les entreprises. Mais, elles le disaient elles-mêmes, et avec raison, et on était d'accord avec elles, ce n'était pas structurant comme actions. Les actions de 11 millions de dollars sont extrêmement structurantes, là, et assurent non seulement le maintien, mais la pérennité de ces entreprises-là. Et je répète encore une fois qu'on a pris en note le nom de l'entreprise qu'elle nous présente, ça va être relayé à l'agence de Gaspésie. Il va y avoir des rencontres, et je pense qu'il y a des problèmes de compréhension, là, de la nouvelle entente qu'on va éclaircir avec eux, et on va certainement être disponibles pour les accompagner. Mais, là-dedans, c'est une entente qui, il faut remarquer encore, assure non seulement le maintien, mais le développement de ces entreprises-là.

Un petit retour en arrière sur le partage des rôles. Il y a plusieurs références qui sont utiles. À la page 20 de la politique *Chez soi: le premier choix*, qui avait été publiée auparavant, on a une autre balise sur le rôle des auxiliaires familiales et sociales: les clientèles ayant des besoins complexes, les personnes dont l'état de santé est instable, etc., personnes en soins palliatifs, personnes qui présentent des facteurs de risque sociaux non compensés par l'entourage, et c'est là qu'on revient à la question des trois mois. C'est qu'il y a quand même deux groupes de personnes qui ont le soutien à domicile: il y a des gens pour qui c'est une mesure ponctuelle, soit parce qu'ils relèvent d'une chirurgie ou qu'ils sont en situation de soins palliatifs — donc, pour une autre raison, c'est ponctuel — mais il y a également les gens qui sont en situation de maintien à domicile à long terme, où souvent l'essentiel des besoins ne sont pas vraiment des soins à la personne autant que du soutien domestique dans la grande majorité des cas, et, lorsque les situations deviennent complexes, même après trois mois, ils ont également accès aux services des gens du CLSC, mais ça doit être évalué par les professionnels de CLSC. Dans la grande majorité des cas, lorsqu'il s'agit de demandes ponctuelles, elles sont de durée fixe, et on peut par la suite les modifier.

Autre référence sur l'attribution des rôles dans un document publié cette fois par notre gouvernement, qui est un document qui a le même titre, *Chez soi: le premier choix*. Donc, c'est la politique qui avait été déposée... Je crois que c'est le député de Rousseau qui l'avait déposée à l'époque. C'est des précisions pour

favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile — le document est public — et, à la page 25, il y a un tableau qui vraiment illustre les répartitions des rôles. Alors, je vous engage à vous y rapporter et, encore une fois, j'insiste pour que les auxiliaires familiales, dont le nombre a augmenté dans le réseau, participent à l'élaboration du projet clinique, là, au cours des prochaines années.

Mais je vais juste terminer en répétant la question du soutien des entreprises d'économie sociale. La réalité n'est pas tout à fait fidèle à ce qui a été présenté. C'est plutôt le contraire, il y a du soutien important qui est annoncé, et on est prêts à donner toutes les précisions. Je rappelle, comme élément de fin de réponse, que... Donnons le contexte de ces entreprises: c'est 103 entreprises au Québec, 5 500 employés dans 16 régions du Québec, 5,6 millions d'heures à 76 000 ménages, 62 % des personnes âgées de 65 ans, 62 % des clients sont moins fortunés — on sait qu'en Gaspésie c'est 75 % — et 82 % du total des personnes inscrites sont des adultes qui vivent seuls. Alors, il y a un besoin essentiel, là. Je pense qu'il n'y a personne ici, à l'Assemblée, qui veut remettre en cause l'existence de l'économie sociale, mais on veut que ce soit fait dans la clarté, puis c'est le but de ces documents-là, c'est le but également de l'entente avec l'économie sociale que les rôles de chacun soient mieux délimités.

Le Président (M. Copeman): ...

Mme Champagne: Merci, M. le Président.

Estimation du nombre de personnes âgées en attente de services de soins à domicile

M. Charbonneau: Juste pour aller dans la foulée de ce qui vient d'être discuté, il y a un certain nombre de précisions, je pense, qu'il serait utile d'avoir, là, parce que là, bon, par exemple, le ministre vient de donner des chiffres sur le nombre d'entreprises d'économie sociale, le nombre d'employés, etc., mais nous, il y a des précisions qu'on n'a pas.

Par exemple, on a voulu savoir le nombre de personnes âgées qui sont en attente de services de soins à domicile, puis on s'est fait répondre que c'est impossible d'estimer le nombre de personnes en attente des services. J'ai trouvé ça un peu curieux. Finalement, ce serait... Est-ce que c'est exact que vous ne savez pas combien de personnes sont en attente puis que, dans chacun des 95 CSSS... Je vous réfère à la page 420, question 109. On sait, par les données de la banque commune de données CLSC, qu'il y avait, en 2004-2005, 298 993 usagers des soins à domicile. Ça, c'est le nombre d'usagers qu'il y avait, mais on ne sait pas combien il y en a en attente, semble-t-il. Et comment on peut faire des plans d'action puis qu'on peut évaluer les besoins puis qu'on peut identifier les effectifs qu'on a de besoin maintenant puis dans l'avenir si on n'est pas en mesure d'estimer le nombre de personnes qui sont en attente? Ça, c'est la première chose.

Niveau de dépenses des CLSC par région pour le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie

La deuxième, c'est qu'on a demandé, la question 107 — c'est ça? — les dépenses de CLSC pour les soutiens à

domicile des personnes en perte d'autonomie par région, puis on nous a donné les dépenses pour 2003-2004. On est en 2006-2007. Y a-tu moyen d'avoir des données un peu plus précises? On nous a dit que ce n'est pas disponible. Je ne peux pas croire qu'au ministère vous n'avez pas ces données-là.

Prévisions d'ajout de places en CHSLD

Et troisième question, on parlait ce matin, à la page 435, j'y ai fait référence à un moment donné, la liste d'attente pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée, au 31 mars 2006, c'était de 5 784. Alors, ce que je voudrais savoir: À l'égard de ces 5 784, qu'est-ce qu'on entend faire? C'est-à-dire est-ce que... Combien de places en centre d'hébergement et de soins de longue durée, combien veut-on ajouter soit publiques soit privées conventionnées?

Je reviendrai sur d'autres éléments par la suite, mais je pense que ces trois questions-là...

Estimation du nombre de personnes âgées en attente de services de soins à domicile (suite)

M. Couillard: Merci, M. le Président. Effectivement, on a les données pour les personnes en attente d'hébergement, mais on a moins de données pour les personnes en attente de services à domicile parce que c'est moins... disons, plus complexe à faire. Il y a actuellement quelque chose qui va nous aider à le faire cependant, c'est le déploiement, sur tout le territoire du Québec, de l'Outil d'évaluation multiclientèle, qui est un outil avec lequel probablement le député de Borduas est familier et qui va être informatisé dans le cadre de l'informatisation du réseau. Alors ça, ça va nous permettre de disposer des bases de données, parce que c'est très difficile à avoir, ces données-là.

Niveau de dépenses des CLSC par région pour le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie (suite)

Deuxièmement, pour la question des budgets régionaux, la raison pour laquelle c'est difficile en 2004-2005, c'est que c'est l'année des regroupements d'établissements. Et là il y a toutes sortes de transferts de budgets qui ont été faits, mais on sera capables de donner l'évolution quand même régionale, la ventilation régionale — chaque année on le fait de toute façon — la ventilation régionale des différents programmes.

Prévisions d'ajout de places en CHSLD (suite)

Maintenant, les 5 784 personnes, comme effectivement elles ne sont pas toutes évaluées avec l'Outil d'évaluation multiclientèle, on ne peut pas être certains que c'est tous des gens qui ont besoin d'hébergement institutionnel, compte tenu des critères puis des normes qui vont être les mêmes partout au Québec. Alors, ces gens-là ne sont pas sans services. Ils ont en général des soins à domicile lourds actuellement, ce qui demeure quand même acceptable. Mais c'est certain qu'on veut d'une part préciser les autres modalités que l'hébergement institutionnel et également, on l'a mentionné ce matin, de développer des

nouveaux lits d'hébergement là où c'est nécessaire de le faire, pas partout mais dans certaines régions où c'est nécessaire de le faire, et il y a d'ailleurs plusieurs centaines de lits qui vont être développés dans plusieurs régions.

Situation actuelle des personnes en attente d'une place dans un CHSLD

M. Charbonneau: Vous savez où sont ces gens-là actuellement? Ils attendent où? Ils attendent à l'hôpital? Ils attendent chez eux? Ce serait intéressant de savoir, là, précisément où sont ces gens actuellement qui attendent? Ils sont...

M. Couillard: Bien, c'est dans le livre des crédits à la page 435, M. le Président. On peut le regarder ensemble.

M. Charbonneau: Non, mais je veux dire. Là, on a la liste, ce que je veux dire, on l'a par région, mais ce que je veux dire, c'est qu'on sait que... bon, je ne sais pas mais, dans le Bas-Saint-Laurent, il y en a 52. Mais, moi, ce que je veux savoir, y en a-tu 52 qui sont à l'hôpital dans cette région-là, qui attendent à l'hôpital, ou s'il y en a 30 qui attendent à l'hôpital puis qu'il y en a 22 qui attendent à la maison? Ou encore il y a peut-être des ressources intermédiaires?

(Consultation)

M. Couillard: Alors, les personnes qui sont en attente sont dans trois types de milieu. Ils sont soit à domicile mais avec des services, soit en établissement ou soit dans des résidences privées, dans des places achetées. Vous savez que, chaque année, l'État achète des places aux résidences privées, et ça, souvent, c'est des personnes...

M. Charbonneau: C'est ce qu'on appelle les ressources intermédiaires? Les achats de ressources intermédiaires.

M. Couillard: Non. C'est des résidences privées avec services qui peuvent accueillir des personnes qui ont des pertes d'autonomie, juste au besoin, chaque année, là, mais c'est les locations ponctuelles, ça. Alors donc, ils sont dans ces trois caractéristiques-là. Est-ce qu'on est capables d'obtenir la ventilation des trois catégories par région? Probablement.

M. Charbonneau: Parce que ce serait intéressant compte tenu de la discussion qu'on a eue ce matin sur les urgences, sur les problématiques dans les hôpitaux. Sur les 5 784, si vous me dites aujourd'hui: Il y en a 3 000 qui attendent dans les hôpitaux du Québec, on le sait. S'il y en a 300, bien, je veux dire, c'est une grosse différence. Alors, tu sais, je pense que, l'appréciation de la situation, elle va varier beaucoup si on est capables de savoir où sont ces gens-là, où ils attendent actuellement.

● (17 h 20) ●

M. Couillard: O.K. Alors, là-dessus, on m'indique qu'on va être capables d'obtenir le renseignement, mais il faut demander aux agences de le faire parce que ces données-là sont dans les agences régionales. Donc, ce que ça veut dire, c'est que ce ne sera pas possible de l'avoir d'ici la fin des crédits, mais on le déposera dès qu'on

l'a. Et j'encourage le député de Borduas à me le rappeler régulièrement, et ça fera en sorte qu'on le dépose. La Secrétaire de la commission d'ailleurs pourrait faire le suivi parce que, même après la fin des crédits, on pourrait lui transmettre cette question-là.

Plan de mise en oeuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées des agences de santé et de services sociaux

M. Charbonneau: Avant qu'on termine ce bloc, parce que le Président me fait signe... puis on reviendra plus tard.

J'ai obtenu un document qui s'intitule *Vision stratégique: Plan de mise en oeuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées pour l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal*. Est-ce qu'il serait possible de l'avoir pour l'ensemble des agences? Parce que ça nous permettrait d'évaluer d'une part... Ça, c'est la première chose.

Puis, dans ce document, ce qu'on constate... parce qu'il y a des chiffres pour l'ensemble du Québec puis il y a des chiffres, puis il y a des scénarios pour la région de Montréal. Est-ce que vous pourriez nous expliquer quelle est un peu l'opération, qui semble-t-il a été déclenchée il y a quelques semaines ou quelques mois, qui vise à réévaluer, d'une certaine façon, le positionnement des gens à l'égard de l'attente pour des soins d'hébergement de longue durée? Il semble que les directives qui ont été données seraient de dire: Dans le fond, est-ce qu'on ne peut pas diminuer le nombre de places ou d'attente en hébergement institutionnalisé? Je ne sais pas s'il y a une directive ministérielle qui a été donnée puis s'il y a une cible qui a été établie, d'une part. Puis deuxièmement, encore une fois, si on pouvait avoir finalement pour les — quoi? il y a 15 agences? 17 agences? 15 ou 17, là — 17, le même document, bien, ça nous permettrait d'une certaine façon de pouvoir compléter l'analyse de situation à partir aussi de d'autres documents que le ministre va demander aux agences. Alors, on pourrait faire une pierre deux coups aux agences, leur demander deux séries de données, là.

M. Couillard: Alors, effectivement, on a déjà dit que, suite au plan d'action... C'est ça, la directive. La directive, c'est le plan d'action. On ne dit pas aux régions: Vous devez couper des lits d'hébergement ou en ajouter. Ils doivent faire le bilan de leur situation par rapport aux objectifs qui sont donnés. Si, par exemple, ils ont, comme Montréal, 4,4 % d'hébergement, ils doivent viser 3 % d'hébergement d'ici 2010. Alors, il faut qu'ils montrent comment ils vont faire la transition de l'hébergement vers d'autres types de prise en charge.

M. Charbonneau: Mais juste pour qu'on se comprenne bien. Quand vous dites ça, c'est que vous dites... Par exemple, si je prends actuellement... On dit qu'actuellement le milieu de vie, CHSLD public ou privé conventionné, c'est 3,5 %, puis, dans 2009-2010, on vise à 3,1 %. Donc, vous leur donnez une cible malgré tout.

M. Couillard: C'est ça. C'est ça, la directive: c'est la cible. Et je rappelle qu'il y a des régions qui sont déjà à la cible. La Montérégie est quasiment déjà à la cible parce qu'ils... comme ils étaient... c'est ironique de le dire: comme c'était une région qui était sous-financée

puis en difficulté chronique, ils ont été obligés d'être très créatifs puis d'inventer des choses, et puis c'est ce qui a été fait. Tandis que...

M. Charbonneau: ...

M. Couillard: Tandis que des régions mieux pourvues, comme Montréal par exemple, ont souvent pris la voie d'écoulement la plus facile, puis ont développé l'hébergement institutionnel. Alors, ils sont à 4,4 %. Alors, la situation varie dans chaque région.

Maintenant, les plans d'action ont tous été transmis, de chaque région, au ministère. Ça, c'est des documents qui vont certainement être publics. Une fois qu'ils ont été discutés et conclus par lettre d'entente entre le ministère... Parce que, par exemple, l'entente de Montréal que vous avez, et la proposition que Montréal envoie au ministère, elle est par la suite discutée, analysée et il y a une lettre qui vient du sous-ministre en titre qui confirme que le plan d'action régional est accepté avec ou sans modification.

Il y a 13 lettres qui sont en préparation actuellement sur les 17. Dès que la lettre est signée, ça veut dire qu'officiellement le plan est accepté, et c'est des documents qui sont publics certainement parce qu'il ne s'agit plus de documents de travail ou documents d'étude, mais vraiment de documents d'orientation régionaux. Alors, on peut les obtenir soit à partir du ministère lorsque les lettres sont faites, soit à partir des régions elles-mêmes, là.

M. Charbonneau: Écoutez, comme le sous-ministre est là...

M. Couillard: On vous l'enverra également à mesure que les lettres...

M. Charbonneau: Vous pouvez mettre copie conforme au bas de chaque lettre.

M. Couillard: À mesure que la lettre...

M. Charbonneau: Envoyez copie conforme, ça va être plus simple.

M. Couillard: À mesure que la lettre sera faite, d'approbation, chaque fois, on enverra... on fera suivre à la commission, puis on va pouvoir les distribuer. C'est intéressant parce que ça va bien... de voir la différence entre les différentes régions. Les différences sont surprenantes, hein, entre les différentes régions en termes d'état actuel des lieux puis de ce qu'il faut faire.

Puis, je veux juste brièvement, si le député me le permet, donner un exemple de la façon dont ça se fait. Au cours des derniers jours, ma collègue, ma consœur la députée de Beauce-Sud, Mme Leblanc... Beauce-Sud, oui... m'a montré des articles de journaux où justement on montre comment ça se fait en pratique, ça. C'est une région où il y avait, entre guillemets, un taux d'hébergement plus élevé. Alors, ce qu'ils font, c'est qu'ils ferment des lits, ils ferment des lits d'hébergement dans la région en question. Alors, évidemment, instinctivement, on se dit: Écoute, qu'est-ce qui se passe? On ferme des lits d'hébergement. On diminue les services. Non, parce que les fonds sont immédiatement réinvestis en soins à domicile puis en ressources intermédiaires. Alors, les gens voient

tout de suite, devant eux, sur place, la transition se faire puis les services se développer. Et c'est comme ça que ça va se faire dans les régions qui sont en excès d'hébergement institutionnel, tandis que celles qui ne le sont pas, bien ils vont pouvoir intervenir de façon différente.

La Montérégie, par exemple, là, c'est le regard sous-régional qui est important parce qu'en Montérégie, selon qu'on est dans l'ouest, au centre ou à l'est, la situation est très différente en termes de besoins d'hébergement institutionnel. Alors, en fait, on transforme les lits d'hébergement en soins actifs dans la communauté, je pense que c'est la façon de le... mais pas tous les lits. Alors, on ne ferme pas tous les lits puis on ne sort personne du CHSLD. Mais, à mesure que les lits deviennent disponibles, bien on les transforme.

M. Charbonneau: Je termine en disant au ministre que, pour apprécier tout ça, ce qui va être intéressant puis important — puis c'est la donnée qu'on n'avait pas tantôt — c'est de savoir: Il y a combien de personnes qui sont attente? Parce que dans le fond j'imagine que, si on n'a pas cette donnée-là, je ne sais pas comment finalement, localement ou régionalement, les agences peuvent faire une planification stratégique. J'imagine que, pour qu'il y ait une bonne planification stratégique, ils doivent savoir combien maintenant puis d'ici cinq ans il va y avoir de personnes en attente de soins à domicile et combien ils veulent en amener en soins à domicile par rapport à des gens qui vont devoir être servis par des places en hébergement institutionnalisés. Si on n'est pas capable d'avoir ça... C'est pour ça que je ne comprenais pas la réponse, là.

M. Couillard: ...leur expliquer. C'est qu'on a facilement la donnée pour l'hébergement, parce que par définition c'est toutes des personnes qui sont évaluées, puis on sait qu'elles ont besoin d'être hébergées. Bon. Là, donc, on a la donnée. Maintenant, pour ce qui est du soin à domicile, ça va être plus long à avoir. D'après moi, ce n'est pas à court terme même qu'on va avoir ce renseignement-là parce qu'il y a tellement une variété de situations. Les soins à domicile, ça commence à une heure ponctuelle jusqu'à la personne en lourde perte d'autonomie à 25, 30 heures. Alors, il y a une panoplie de situations pour lesquelles, sans le déploiement total de l'outil multientèle, sans informatisation correcte de cet outil-là qu'on va faire, il va être très difficile d'avoir la donnée.

Et il y a une façon empirique, mais c'est une façon empirique de le faire, mais ça dépend de chaque région, c'est qu'on regarde la projection démographique puis le pourcentage connu de personnes qui sont en perte d'autonomie additionné à chaque année. Mais, pour la demande d'hébergement, on a la donnée puis on va être capables de la ventiler selon le milieu d'origine de la personne, où elle se trouve actuellement. Pour les personnes en attente de soins à domicile, pour les raisons que je viens d'expliquer, ça va être plus long. Mais on va l'avoir éventuellement, mais ça va être plus long. L'outil se fait manuellement actuellement puis il va être informatisé, ça va être beaucoup plus facile.

Fondement statistique de l'engagement électoral relatif au financement des soins à domicile et des services d'hébergement

M. Charbonneau: ...c'est un peu surprenant d'avoir cette réponse-là aujourd'hui quand on se dit, quand

vous étiez en campagne électorale, vous avez promis de mettre 125 millions pour les soins à domicile puis l'hébergement. Sur quelle base vous avez fait cet engagement-là à ce moment-là?

M. Couillard: Bien, parce qu'on sait qu'il y a environ 5 000 personnes de plus par année qui se présentent en perte d'autonomie au Québec sur la base de projections démographiques. Maintenant...

M. Charbonneau: En besoin d'hébergement, là, pas...

M. Couillard: Non. Perte d'autonomie.

M. Charbonneau: Perte d'autonomie, soins à domicile et hébergement.

M. Couillard: Tous degrés confondus et toutes causes confondues, là, c'est ça. Puis on parle de perte d'autonomie majeure, pas tous degrés confondus, j'ai fait une erreur, là, c'est des pertes d'autonomie de degré significatif pour avoir besoin de services lourds.

Le Président (M. Copeman): Bon, bon. Oui, je vous arrête, là, en effet. J'ai cru comprendre, M. le ministre, que vous souhaitez déposer les deux lettres. Je comprends que vous souhaitez déposer les deux lettres.

M. Couillard: Elles ont été transmises.

Documents déposés

Le Président (M. Copeman): Oui, oui. Bien, vous le souhaitez, le dépôt. Alors, j'autorise le dépôt de deux lettres, une adressée à M. Roch Martel, président-directeur général de l'Agence de développement de réseaux locaux...

M. Couillard: M. le Président, je veux juste préciser, c'est important: on ne dépose pas des lettres adressées aux personnes spécifiques. Ces lettres ont été envoyées à toutes les agences régionales. Je voudrais qu'on comprenne, ce sont des notes exemples. Alors, les régions ne sont pas ciblées, là. Ce n'est pas parce que c'est... Toutes les agences régionales ont reçu cette lettre-là, une lettre type, voilà.

Le Président (M. Copeman): Bien, j'ai deux lettres types, une datée du 19 décembre 2005 puis l'autre, le 11 avril 2006, là. J'ignore...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Exact, exact.

M. Charbonneau: Ah, O.K. Très bien. J'avais le goût tantôt... Puis je le fais très, très rapidement, M. le Président, 30 secondes, pour dire, comme ancien président d'Oxfam-Québec, il y a quelque chose qui me gêne dans ça. Je comprends qu'on est un pays d'immigration, mais, je vais vous dire, des fois j'ai l'impression qu'on cannibalise les ressources en santé des pays en voie de développement, des gens qui viennent ici... Puis je comprends qu'ils viennent étudier puis que, après ça, ils n'ont pas le goût de retourner,

puis des situations dans leurs pays ne sont pas jojos, puis ce n'est pas toujours intéressant de retourner. Mais il y a quelque chose...

Tu sais, si on prend notre problème à nous autres, ça nous aide, mais, si on prend le problème sur une base planétaire puis des situations de santé, là... Moi, j'en ai une qui arrive de Guinée, là, une des mes filles, là, qui a passé un mois dans l'hôpital à Conakry, là, je vais vous dire, ceux qui pensent qu'à Québec on a des problèmes de santé, je vous invite à vivre ailleurs, là, vous allez voir que la réalité, c'est dur en sacrifice. Mais, en même temps, je ne dis pas ça pour blâmer le ministre. Je pense que ce qui est fait doit être fait, mais en tout cas il y a quelque chose... J'ai toujours une espèce de sentiment d'ambivalence quand on parle de ça.

● (17 h 30) ●

M. Couillard: Et, M. le Président, avec votre consentement et le consentement des collègues, je voudrais répondre brièvement parce que c'est un sujet qui m'intéresse et qui me préoccupe particulièrement, c'est un sujet d'ordre éthique essentiellement. Et la situation est très différente selon qu'on fait affaire à des médecins qui viennent d'un pays développé, où finalement c'est un choix personnel puis, bon, c'est ce que la personne décide de faire de sa vie, mais également c'est ce que la personne décide de faire de sa vie dans un pays sous-développé qui a d'immenses besoins de santé. Ça me faisait sourire l'autre jour, quand il y avait le reportage à la télévision sur les hôpitaux privés en Inde. Allons voir sur les trottoirs, l'autre côté de la rue de l'hôpital, comment sont les soins de santé, là.

Et d'ailleurs, au Québec, je dirais que la situation est peut-être moins marquée qu'ailleurs. Il y a des provinces canadiennes, dans l'Ouest particulièrement, où le gros des médecins étrangers viennent, par exemple, d'Afrique du Sud. Alors, on vide littéralement des pays de leur main-d'oeuvre médicale.

Maintenant, ceci étant dit, c'est quoi, la solution? Il y a eu une époque où on faisait signer des engagements pour les étudiants, les résidents qui venaient d'autres... on faisait signer des engagements qu'ils ne resteraient pas s'installer chez nous. Mais ça a été déclaré bien sûr contraire aux droits et libertés fondamentaux. Les gens ont le droit de demander la citoyenneté canadienne, on leur donne en général, et puis là, étant citoyens reçus, bien ils ont accès au marché professionnel. Ils ont la même formation que les autres. Mais je suis d'accord avec le député que c'est une situation qui nous met collectivement mal à l'aise. Ceci étant dit, je ne vois pas vraiment de solution au problème.

Le Président (M. Copeman): Bon. Là, on va arrêter la discussion là pour de vrai afin de reconnaître M. le député d'Orford.

Retombées de mesures législatives récentes touchant le secteur de la santé sur le financement des services

M. Reid: Merci, M. le Président. Pour terminer ce qu'on pourrait appeler mon cycle de questions, je voudrais terminer avec les impacts qu'on peut voir aujourd'hui, dans les crédits de cette année — que je ne vois pas, mais que j'aimerais que le ministre nous permette de mieux voir — de deux lois, une loi qui date déjà de

quelques années, la loi n° 30, qui a quand même pris un certain temps avant de faire son effet — et on sait aujourd'hui que, contrairement à toutes les prédictions néfastes de destruction du système de santé du Québec, que cela n'a pas eu lieu — et j'aimerais comprendre un petit peu l'impact sur les crédits qui nous sont présentés, sur lesquels on va voter, et peut-être un peu plus en détail, parce que c'est plus près de nous, c'est plus récent, la loi n° 142, l'impact que ça a et quels sont les détails qui sont intéressants pour la Commission des affaires sociales, c'est-à-dire donc l'impact de la loi n° 142 sur les soins, sur l'évolution des soins au Québec, et dans un contexte évidemment où on étudie les crédits.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, pour ce qui est de la transmission aux crédits des ententes normatives et du règlement sur lequel nous avons légiféré, là, avec la loi n° 142, on la trouvera de façon détaillée à la page 12 du cahier résumé, du cahier explicatif. Je ne sais pas si le député de Borduas peut voir en même temps s'il aura d'autres questions, s'il avait d'autres questions plus tard.

La question est: Où est la transition en crédits, la traduction en crédits des ententes normatives et salariales — une partie a été légiférée, là, entendons-nous — du secteur public? Alors, j'indique que c'est au cahier explicatif des crédits, à la page 12, où, par exemple, on voit, dans le programme des fonctions régionales, que les ajustements salariaux pour 232 195 000 \$ comprennent l'augmentation de 2 % plus les impacts salariaux des clauses normatives des conventions collectives. Alors, pour répondre spécifiquement à la question du député d'Orford, la traduction en crédits est là.

Maintenant, en ce qui a trait au contenu, bien on en a déjà fait état à quelques reprises. La loi n° 142 a permis d'avoir des ententes négociées sur les clauses normatives à incidences salariales avec la moitié des salariés du réseau, qui a permis d'avoir des dispositions intéressantes en termes de stabilisation de postes, de rétention pour les personnes qui approchent l'âge de la retraite, formation des ressources humaines également et reconnaissance de la formation, là, postcollégiale pour les infirmières en particulier.

Il y a cependant... Et là il y a une distinction, et elle a été clairement indiquée, entre les organisations syndicales qui ont signé une entente avec le gouvernement et celles qui ne l'ont pas fait. Il y a des avantages cependant qui s'appliquent à tous et à toutes, notamment l'amélioration de l'offre de travail au personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, ce qu'on appelle la catégorie 1 dans l'esprit de la loi n° 30, où il y a une garantie de huit quarts de travail par 28 jours, le travail effectué à temps supplémentaire à taux et demi à Noël et au jour de l'An, la formation pour les préposés aux bénéficiaires et la nouvelle nomenclature des titres d'emploi, qui nous permet de faire passer les titres d'emploi de 500 à 285, et en général ça s'accompagne d'augmentation de salaire pour plusieurs, parce que, comme on fusionne des titres d'emploi, on ne les fusionne pas à la baisse, on les fusionne à la hausse.

Donc, effectivement, il s'agit d'une entente, pour celles qui ont signé des ententes, qui apporte des bénéfices

supplémentaires qui sont les suivants: la rétention et l'attraction pour le personnel en soins infirmiers cardio-respiratoires, l'assurance maladie, la formation des ressources humaines et la rétention, et il est clair qu'il faut que l'entente signée ait une valeur. Et j'indique encore une fois, je profite de l'occasion pour répéter ce que j'ai expliqué aux médias déjà, c'est que toutes les organisations syndicales, incluant la CSN, ont reçu exactement les mêmes offres et ont eu la possibilité de signer l'entente dans les minutes, littéralement, qui ont précédé l'adoption de la loi n° 142, et ça, c'est important de le mentionner.

M. Reid: Même si c'est peut-être difficile à chiffrer, mais est-ce qu'on... Mon impression, moi, avec beaucoup de monde, c'est que la loi n° 30 qui a été adoptée il y a quand même déjà deux ans, des regroupements des accréditations syndicales, était une nécessité ne serait-ce que pour arriver à gérer un système de santé qui était devenu trop complexe et des institutions qui étaient devenues trop complexes, et on avait à l'époque prévu qu'on aurait également des impacts, dans ce sens qu'il y a plus d'employés qui retourneraient aux soins des malades, notamment. Est-ce qu'aujourd'hui on peut faire un bilan de ça sans nécessairement... J'imagine qu'on n'a pas de chiffres précis parce que c'est difficile à trouver, mais est-ce qu'on peut faire un bilan, globalement, de cette loi-là en termes de son impact sur la qualité des soins de santé, mais aussi sur les crédits?

M. Couillard: Bien, M. le Président, il est un peu tôt, comme le dit le député d'Orford, pour faire un bilan plus large, mais reprenons les grands axes de cette loi.

D'abord, c'est la commission Clair qui, à l'époque, avait, dans ses recommandations, formulé une recommandation précise sur l'allègement de l'organisation du travail, et notamment la question des accréditations syndicales. Rappelons qu'il y avait des établissements de santé... Je citais souvent le Centre universitaire de santé McGill, où il y avait plus de 90 unités d'accréditation, et ça, il n'y a aucune organisation qui peut être gérée de cette façon-là. La loi n° 30, qui donne un maximum de quatre unités d'accréditation par établissement, globalement, au Québec, a permis de réduire de 3 600 à 900 le nombre d'accréditations syndicales.

Et l'autre versant de la loi, qui d'après moi est le plus important... Parce que la réduction des accréditations, c'est bien, mais dans le fond on aurait pu les réduire à 850 ou à 920. En termes réels, il y a peu de différence. Mais, pour moi, ce qui porte le plus de charge structurante, là, pour le réseau pour les prochaines années, c'est la disposition qui permet de décentraliser vers les établissements des éléments de la négociation, 26 matières de la négociation, bien sûr pas les clauses salariales, là, mais des éléments liés à l'organisation du travail — listes de rappel, des choses comme ça — qui font que les milieux de travail — et ça va profiter à tout le monde, autant à l'institution qu'aux employés, aux travailleurs — vont pouvoir adapter leur organisation à la réalité de chaque milieu. Et ça, c'est fait dans une dynamique de recherche de solutions et non pas de recherche de conflits, puisque chaque partie, dans le cours de la négociation locale, va être amenée à présenter sa meilleure offre et qu'en cas de désaccord c'est finalement le médiateur-arbitre qui en fera l'attribution finale.

Donc, chaque partie a intérêt à avoir l'attitude la plus constructive possible, et on vise encore une fois l'entente, la résolution de conflits plutôt que la production de conflits. Donc, moi, je crois que — et c'est partagé par plusieurs au niveau des établissements; que — ce qui est plus porteur dans la loi n° 30: bien sûr, d'une part la réduction des accréditations, mais essentiellement la décentralisation vers l'établissement de quelques éléments de la convention, qui d'après moi va permettre vraiment plus de souplesse dans l'organisation du travail.

M. Reid: Merci, M. le Président.

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

Bilan de la mise en oeuvre des mesures du plan d'action en santé mentale 2005-2010

Mme Legault: Merci, M. le Président. Tout à l'heure, on a parlé de pédopsychiatrie, puis ça m'amène à poursuivre et de parler de santé mentale. M. le ministre, je sais que, bon, à notre arrivée, vous avez fait de la santé mentale une priorité. Le Vérificateur général était d'avis que, bon, tous les services n'étaient peut-être pas rendus via les programmes aux patients, là, qui souffraient de maladie mentale. L'année dernière, vous avez diffusé un plan d'action, *La force des liens*. On connaît les orientations du plan. Je voulais savoir où est-ce qu'on en était avec la mise en oeuvre des mesures, là, qui sont incluses au plan d'action.

● (17 h 40) ●

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Effectivement, la santé mentale est une de nos quatre zones d'action prioritaires au ministère de Santé et Services sociaux, depuis avril 2003. Pourquoi? Parce que c'est un domaine de la santé qui a été relégué dans l'ombre pendant des années. La santé mentale, on en parlait peu. Et pourtant, c'est aussi important en termes de santé publique que les opérations de chirurgie cardiaque ou le traitement pour le cancer, parce que, ne serait-ce qu'en raison du taux de suicide au Québec, on a là un problème de santé publique qui est majeur, pour lequel il faut également qu'il y ait une réponse majeure. Et donc, dès le début, on a investi en santé mentale pendant qu'on préparait le plan d'action. Il y a eu quand même, depuis notre arrivée, 56 millions au total qui a été investi en santé mentale, ce qui est considérable par rapport aux investissements précédents. Mais ce n'est pas juste l'argent, hein, si on avait de l'argent sans plan d'action, sans priorité, d'ailleurs c'est ce que le Vérificateur général notait, on aurait relativement peu de résultats.

Alors, le plan d'action donc a été publié, ça s'appelle *La force des liens*. Moi, j'aime le titre parce que ça indique toute la philosophie qui est à la base de ce plan d'action là où l'emphase est clairement — et ça a été demandé par les partenaires du milieu, clairement — sur la première ligne. Il y a des éléments concrets, il y a beaucoup d'éléments concrets dans ce plan d'action là...

Puis je voudrais en profiter pour rendre hommage à la Direction de la santé mentale du ministère, le Dr Delorme qui est son directeur, qui ont fait un travail remarquable et pour l'élaboration du plan et pour sa mise en place actuellement.

Donc, des équipes de première ligne pour la santé mentale adulte et jeunesse; donc on scinde parce que c'est deux besoins différents. Des fonctions liaison entre la salle d'urgence, par exemple, et du suivi en communauté. Le risque suicidaire maximum, c'est lorsque la personne quitte la salle d'urgence, et ce risque persiste pendant quelques semaines après; alors, il faut que la personne soit prise en charge dans la communauté. Et également des psychiatres répondants dans les régions, qui servent de lien de consultation avec les intervenants de première ligne. Actuellement, donc, c'est la même chose que pour les personnes en perte d'autonomie. Les centres de santé et services sociaux, dans le cadre de leur projet clinique, incorporent leur application du plan d'action ministériel en santé mentale de façon à correspondre à la réalité de leur district. Un milieu urbain comme Montréal, ça n'a pas la même teinte en termes de santé mentale qu'un milieu rural. Il y a également des problèmes de santé mentale en milieu rural, on l'oublie souvent, mais ils ne sont pas souvent... ils sont différents en termes d'intensité et également de type.

On a également donc un comité stratégique qui est composé de gestionnaires qui sont mandatés pour concrétiser le plan d'action qui est mis sur pied actuellement, des représentants de centres de services sociaux, d'agences, exactement. Et on sait qu'actuellement les équipes de première ligne sont en voie d'être développées sur presque tous les territoires du Québec. Ça va se faire progressivement, et on a des échéanciers précis sur lesquels on pourra revenir.

Et il y a un autre élément du plan d'action qui est intéressant, c'est: outre les nouveaux investissements, on veut également que les établissements, institutions psychiatriques, se déchargent d'une partie de leurs responsabilités vers la communauté, et qui dit transfert de responsabilités dit également transfert budgétaire. On estime qu'il y a environ 15 % des budgets de fonctionnement des institutions psychiatriques, des grandes institutions comme Louis-H. Lafontaine ou Robert-Giffard ou le Douglas, peuvent être transférés en communauté parce que, par exemple, il y a des... gérer l'hébergement des personnes en communauté, ce n'est pas vraiment la responsabilité d'un hôpital psychiatrique. Donc, on a des exemples où ça se fait bien. Ici, à Québec, l'hôpital Robert-Giffard est particulièrement exemplaire dans ce transfert des activités vers la communauté, ce qui a déjà permis de transférer des ressources de cette façon-là. Il faut que ça se fasse également avec les deux autres institutions psychiatriques majeures qui sont Louis-H.-Lafontaine et l'Hôpital Douglas.

On a également en cours la désignation d'instituts universitaires en santé mentale parce que, de la même façon qu'en perte d'autonomie les activités doivent être soutenues par l'enseignement et la recherche, même chose en santé mentale. On a des désignations en cours pour les instituts en santé mentale autant à Québec qu'à Montréal, et les démarches sont très avancées et devraient être finalisées prochainement.

Donc, ce plan-là, je crois, est très bien conçu parce qu'il vise les bonnes cibles. D'ailleurs, on se souvient qu'il a été bien accueilli, et ça, c'est particulièrement rare parce que le milieu de la santé mentale, c'est un milieu qui est très idéologique et où il y a beaucoup de confrontations en termes d'approche entre le milieu communautaire, les

établissements, les établissements psychiatriques puis les établissements généraux, et la plupart des intervenants ont adhéré, ont adhéré à ça, et notamment les groupes communautaires qu'on a soutenus de façon spécifique. On a personnellement insisté pour que les groupes communautaires en santé mentale voient leur soutien financier rehaussé, et particulièrement deux types de groupes communautaires: les groupes de défense de droits — on sait que maintenant, dans chaque région, il y a un groupe de défense de droits qui est mieux financé — et les groupes des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale parce que, quand quelqu'un est atteint de maladie mentale dans une famille, c'est toute la famille... n'en est pas atteinte, mais qui en souffre également, et ça, c'est très clair.

Alors donc, un plan d'action, des investissements, le suivi de l'implantation, les activités de recherche, le transfert d'activités en communauté. Et, si je peux donner une teinte historique à ça, ça fait des années que c'est commencé, ce qu'on appelle dans le langage de tous les jours la «désins», là, on est passé d'une période au Québec où, il y a plusieurs années maintenant — heureusement, ce n'est plus le cas — 80 % des sommes en santé mentale étaient investies dans des établissements de santé. Maintenant, c'est le contraire: 60 % des sommes sont investies en communauté; 40 %, en établissement. Mais il y a encore du transfert possible entre l'établissement et la communauté, et c'est la direction qui va être prise au cours des prochaines années.

Mme Legault: Est-ce qu'il me reste du temps? Oui?

Le Président (M. Copeman): Il reste quelques minutes, oui.

Stratégie de lutte contre le suicide

Mme Legault: C'est ça. Vous avez parlé, M. le ministre, justement vous avez dit: Le risque suicidaire est le plus important justement quand on quitte l'urgence et ce risque-là existe pendant, en tout cas, quelques semaines, là, plus critiques. Qu'est-ce qu'on fait, M. le ministre, relativement à la lutte contre le suicide justement? Chez nos jeunes en particulier, parce qu'on sait que c'est un fléau malheureusement chez nos jeunes hommes qui est important et pour lequel on doit réagir.

M. Couillard: Effectivement, le suicide est un grave problème de santé publique au Québec. Rappelons qu'en 2003 on a dénombré 1 259 suicides chez nous, et la majeure partie survient chez les hommes âgés de 20... entre 20 et 49 ans. Et, par ailleurs, le suicide est une cause importante de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans.

Il y a, comme je l'indiquais un peu plus tôt aujourd'hui, une légère baisse du taux de suicide au Québec depuis le début des années 2000. Soyons prudents cependant: c'est encore au Québec, un des endroits où le suicide est le plus malheureusement fréquent. Cependant, il y a peut-être un endroit où il est effectivement mieux mesuré. Il faut quand même, lorsqu'on se compare aux autres régions du Canada, mettre ça en perspective.

Et, lors de mon arrivée... c'est intéressant. J'avais demandé aux gens de l'Institut national de santé publique

de me donner une explication. Je voulais savoir pourquoi? Est-ce qu'il y avait des éléments de santé publique qui nous amenaient à comprendre pourquoi, chez nous, le taux de suicide avait augmenté?

Et là c'est très intéressant comme constatation historique. C'est qu'au cours des années soixante jusqu'au... fin des années soixante, le taux de suicide était très bas. Non pas qu'il n'y avait pas de suicides, mais clairement les suicides n'étaient pas rapportés, et on n'en parlait pas du tout. Avec toutes les transformations de société, dans les années soixante et soixante-dix, on a vu, partout au Canada, le taux de suicide augmenter rapidement. Mais là, à la fin des années soixante-dix, il y a quelque chose qui s'est passé au Québec ou quelque chose qui ne s'est pas passé au Québec qui a fait en sorte qu'ailleurs, dans les autres provinces, le taux de suicide s'est stabilisé, chez nous, il a continué d'augmenter en flèche.

Alors, c'est difficile de faire des hypothèses: Est-ce que c'est la transformation plus rapide du tissu social chez nous? Le manque de soutien familial? L'éclatement des familles? Il y a plusieurs éléments, et c'est très difficile de mettre le doigt dessus, mais il y a, au Québec, une évolution différente, historique, du taux de suicide, qu'ailleurs au Canada, et je pense que, comme société, c'est important d'en prendre conscience.

Alors, les cibles prioritaires sont d'abord les services de réponse aux crises, les centres de crise, le suivi intensif dans la communauté, rendre accessibles, je le disais tantôt, les services de traitement de première ligne, les organismes communautaires, les services de première ligne pour les enfants et les jeunes, et le soutien intensif pour les troubles mentaux graves.

Il y a deux éléments récemment annoncés dans la Stratégie jeunesse que le premier ministre a publiée qui sont très intéressants. C'est, d'une part, les sentinelles dans les milieux scolaires et milieux de travail, milieux scolaires surtout pour les jeunes qui sont là pour trouver et dépister les jeunes qui sont en difficulté. Également, les équipes de prévention pour les jeunes qui sont en centre jeunesse. Je pense qu'il y avait là deux actions, là, qui étaient depuis longtemps attendues.

Alors, il y a eu, je l'ai dit tantôt, des sommes importantes qui ont été investies, le plan d'action. Je donne des chiffres, tiens: en 1976... de 1976 à 1978... C'est un document de l'Institut national de santé publique du Québec, que je suggère aux collègues de parcourir, publié sous le titre suivant: *L'Épidémiologie du suicide au Québec: Que savons-nous de la situation récente?*. Ça témoigne de ce que j'expliquais tantôt, l'évolution temporelle.

Alors, en 1976... De 1976 à 1978, 14,8 suicides par 100 000 habitants. En 1999-2001, 19,1 suicides par 100 000 habitants. C'est là que le hiatus s'est fait. Ailleurs au Canada, à partir de 1978, le taux s'est stabilisé, alors qu'au Québec il a continué d'augmenter. Entre 1999 et 2001, le taux a grimpé à 30,7 pour les hommes, tandis qu'il a baissé à 7,8 pour les femmes.

Alors, les données les plus récentes du bureau également montrent que le taux a augmenté de 11,6 points au Québec et diminué de 6,7 points ailleurs dans le Canada. Il y a un élément qui nous interpelle comme société, là. Qu'est-ce qui se passe chez nous pour que ça se produise de cette façon-là? Et ce n'est pas uniquement le système de santé, là. Il y a bien d'autres considérations

qui... probablement beaucoup d'autres considérations que le système de santé qui entrent en jeu, et notamment les transformations de notre société, et le soutien dont les personnes disposent dans leur entourage.

Il y a une légère baisse, bon, en 2004: 1 172. C'est la première fois depuis 1992 que le chiffre est inférieur à 1 200. Bon. Mais, il ne faut quand même pas se glorifier de ça parce que c'est encore des chiffres qui sont très élevés. La baisse a été également enregistrée chez les jeunes et, avec le déploiement des réseaux de sentinelles, je crois qu'on va être en mesure d'avoir encore plus de support pour les jeunes dans les milieux scolaires. Et un mandat a été confié également au centre de santé et de services sociaux à Sherbrooke afin d'élaborer afin d'élaborer un guide de bonne pratique en prévention du suicide à l'intention des professionnels. La Stratégie d'action jeunesse, j'y ai fait allusion tantôt. Et une formation en prévention pour les médecins va être également donnée, financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Et là il y a des choses qui sont perçues comme étant efficaces qui ne le sont pas. Il faut être très prudent lorsqu'on agit en prévention du suicide. Par exemple, certaines associations demandaient qu'on aille intervenir en milieu scolaire pour, directement auprès des jeunes, faire de la prévention explicite du suicide. Ça a l'air attirant à première vue. En pratique, dans plusieurs pays, ça a mené à une augmentation du taux de suicide chez les jeunes. Alors, il faut être excessivement prudent dans la façon dont on intervient. Il vaut beaucoup mieux de la force des liens encore une fois, de l'entraide, le fait d'être capable de demander de l'aide, le fait de reconnaître quelqu'un qui est en difficulté, et Dieu sait que personne n'est à l'abri dans ses familles de connaître des problèmes semblables.

Alors, je crois qu'il y a là un des défis les plus importants en termes de santé au Québec. Il va falloir continuer à investir dans le réseau de santé mentale, il faut continuer à mettre en place le plan d'action, et j'espère que les prochaines données du Bureau du coroner vont montrer une poursuite de cette tendance à la baisse du taux de suicide. D'ailleurs, on voudrait, avec le Bureau du coroner, avoir un projet de mesures plus adéquates, là, des suicides pour qu'on puisse en faire une étude approfondie quant aux causes, circonstances, etc.

● (17 h 50) ●

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, pour les quelque huit minutes qui restent avant l'ajournement de nos travaux, M. le député de L'Assomption.

Temps d'attente pour des services d'imagerie médicale au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur

M. St-André: Alors, rapidement et en trop peu de temps, malheureusement, je vais tenter d'aborder avec le ministre une question qui touche l'imagerie médicale au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, qui dessert le sud de Lanaudière et bien sûr, par conséquent, ma circonscription.

M. le Président, d'abord, il a été mis en évidence, dans un rapport que le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur a lui-même commandé, que les temps d'attente en ce qui concerne l'imagerie médicale pouvaient atteindre 18 mois

à Pierre-Le Gardeur. J'ai rencontré plusieurs citoyens de ma circonscription d'ailleurs qui se sont même fait répondre que, dans le cas d'une échographie abdominale, l'attente pouvait aller jusqu'à deux ans et demi. D'autre part, M. le Président, il y a une clinique privée qui offre des services en imagerie médicale qui a ouvert juste en face de l'hôpital. Et, curieusement, M. le Président, il y a des patients qui se sont fait répondre qu'ils devaient attendre 15 mois, 18 mois, 24 mois avant d'obtenir l'imagerie médicale à l'hôpital qui ont pu obtenir le service en quelques semaines à la clinique qui est située en face de l'hôpital, puis, dans certains cas, on a un petit peu de difficulté à comprendre; dans certains cas, les patients ont dû déboursier des factures, ont dû payer 105 dollars pour le service — j'ai d'ailleurs les factures devant moi — puis, dans d'autres cas, ils n'avaient pas à payer. Et là où ça se complique à mon avis, c'est que c'est essentiellement les mêmes radiologistes qui pratiquent à l'hôpital puis qui pratiquent dans la clinique privée.

J'aimerais d'abord savoir si le ministre est au courant de cette situation-là, s'il est au courant des délais d'attente importants dans le domaine de l'imagerie médicale, s'il est au courant que, pour certaines évaluations diagnostiques également, il semblerait qu'il y a des quotas qui s'appliquent pour le radiologiste qui pratique à l'hôpital, puis ces quotas-là ne s'appliqueraient pas à la clinique en face. Puis, comment ça se fait que, dans certains cas, bien, le radiologiste facture à sa clinique privée, puis, si on obtient l'évaluation en imagerie médicale à l'hôpital, bien c'est la Régie de l'assurance maladie qui paie? J'aimerais ça que le ministre essaie de démêler tout ça, là. Parce que, moi, à mon sens, il me semble qu'il y a une situation qui est pour le moins inacceptable.

M. Couillard: Oui. Alors, c'est un sujet qu'il est important de préciser. Je vais commencer par la fin de la question du député.

Les services de résonance magnétique en cabinet privé ne sont pas des services assurés au Québec, comme dans la majeure partie des provinces canadiennes, sauf deux ou trois exceptions. Et ce n'est pas d'hier, ça a toujours été comme ça, incluant sous la gouverne de la formation politique qui est à l'opposition officielle aujourd'hui. Donc, ces cliniques se sont développées. À ma connaissance, il y en a 14 cliniques de résonance magnétique au Québec. Ce qu'on remarque, c'est que leur «rythme d'éclosion», si je peux me permettre ce terme-là, a diminué au cours des dernières années au rythme de distribution des nouveaux appareils de résonance magnétique.

Donc, lorsque le député demande: Est-ce que c'est normal que le radiologiste charge directement au patient ou à son assurance privée la résonance magnétique en cabinet? Oui. La réponse, c'est oui, ça a toujours été comme ça. Les résonances magnétiques en cabinet ne sont pas des services assurés par la RAMQ. Ils sont assurés en établissement. Et il y a certains établissements, et d'ailleurs son hôpital, ce serait intéressant qu'ils étudient cette possibilité-là, qui, tout en ayant un appareil de résonance magnétique, peuvent avoir des ententes contractuelles des fois, un peu dans l'esprit des cliniques affiliées, avec la clinique privée, pour acheter des services sans frais pour le patient. Alors, il y a lieu peut-être de se diriger dans cette direction-là.

Maintenant, il n'y a pas de plafond de rémunération aux radiologistes dans les établissements de santé. La limite, c'est le nombre d'examen que l'établissement peut faire par année, compte tenu des technologues qui sont à son emploi puis des durées, des heures d'opération de l'établissement. Mais il n'y a pas de plafond de rémunération.

Bien sûr, la question d'un conflit d'intérêts perçu, là, et je sens que c'était un peu sous-jacent à la question du député, c'est préoccupant, puis on ne souhaite pas que ce soit le cas. Mais je crois que la meilleure réponse à cette question des cliniques privées en résonance magnétique, comme je l'ai déjà dit publiquement, ce n'est pas de les fermer, mais c'est de continuer à déployer les appareils dans le système public.

Alors, de ce côté-là, il y a actuellement 30 établissements qui offrent des résonances magnétiques sur 36 sites d'installation différente. Et il y a actuellement 10 centres hospitaliers qui ont reçu l'autorisation d'acquérir des nouveaux équipements de résonance magnétique. Je donne un exemple: à Maisonneuve-Rosemont, il y a un deuxième appareil qui s'est installé, et, quand l'appareil n° 2 a été installé, la liste d'attente a baissé de 50 % pour les examens de résonance magnétique. Donc, il y a plusieurs examens qui sont encore en train d'être installés. Avec le secteur public, on pourra donc compter sur 52 appareils, et on a encore de l'argent pour en déployer des nouvelles cette année et l'année suivante. Ça va nous permettre d'atteindre le nombre d'appareils de résonance magnétique nécessaire selon la population.

Maintenant, il faut être très prudent avec les cliniques privées parce que... j'ai dit: Il y a 14 cliniques, dont une douzaine d'appareils dans les cliniques privées. Et c'est très difficile de connaître leur volume réel d'activité parce que l'imagerie est le domaine dans lequel on a le moins de contrôle sur la pertinence des actes. Jusqu'à quel point tous les examens de résonance magnétique, et je parle d'expérience, là, jusqu'à quel point tous les examens de résonance magnétique qui sont pratiqués au Québec sont véritablement nécessaires — point d'interrogation? Alors, si on veut un jour introduire un mécanisme de gestion d'accès pour l'imagerie, je pense que ça va nécessiter... nécessairement, là, une entente de partenariat avec les radiologues pour vérifier la pertinence des examens parce que, disons-le franchement, c'est relativement plus facile d'envoyer le patient passer une résonance magnétique, un scan, 15 prises de sang que de faire un examen clinique approfondi. Je ne dis pas que ça arrive toujours, mais ça peut se produire. Et ayant pratiqué la médecine pendant plus de 20 ans, je suis en mesure de dire que ça se produit.

Maintenant, encore une fois, le déploiement se poursuit dans les établissements publics, pas plus que le gouvernement précédent qui n'a d'ailleurs posé aucun geste concret pour limiter ou empêcher le déploiement de ces cliniques-là. Donc, on a l'intention d'intervenir de ce côté, mais plutôt en multipliant le nombre d'appareils. J'indique qu'en 2006-2007, on devrait compter un appareil par 130 000 habitants, soit 58 appareils au total. Il faudrait donc ajouter six appareils de plus à ce moment-là. Pour atteindre la norme recommandée, il nous manque, une fois qu'on aura déployé en 2006-2007, les nouveaux établissements et appareils en voie d'installation, il va nous en manquer six autres pour arriver à la norme.

Maintenant, le problème avec l'imagerie, c'est que, s'il n'y a pas de contrôle de la pertinence, on pourra en développer 150, appareils nouveaux, puis on ne suffira jamais à la demande. Alors, le contrôle de la pertinence est important.

Je veux juste terminer rapidement sur le début de la question du député de L'Assomption, quand il parlait des délais d'attente pour les éléments d'imagerie. Ça, c'est... il faut faire attention à la réalité, là. Moi, l'ayant vécue, cette réalité, je peux en parler. Quand on envoie une demande d'examen radiologique puis, entre guillemets, qu'on l'oublie, ça arrive souvent que le patient n'est jamais à son examen. Personnellement, dans les années de pratique où j'ai été dans les établissements, il n'y a pas une seule fois où, lorsque j'ai appelé mon collègue radiologue pour lui témoigner de la nécessité d'obtenir un examen plus rapidement pour un patient, il n'y a pas une seule fois où je l'ai pas eu au moment nécessaire. Alors là, il y a un élément de responsabilisation des médecins qui s'ajoute et pour la pertinence et pour l'implication personnelle dans le suivi de leurs patients.

M. St-André: Le temps est épuisé, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Bien, je pense qu'il reste 30 secondes. Ce n'est pas une question de temps, c'est une question d'horloge.

M. St-André: Alors, M. le Président, on ne videra pas la question aujourd'hui. Puis je pense qu'il y a beaucoup d'éléments à apporter dans un dossier comme celui-là, on va tâcher d'y revenir à un autre moment.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Compte tenu de l'heure, j'ajourne les travaux de la commission à demain, 9 h 30, afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires du ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine. Merci.

(Fin de la séance à 18 heures)