ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 9 mai 2006 — Vol. 39 N° 24

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (5): 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 9 mai 2006 — Vol. 39 N° 24

Table des matières

Santé
Discussion générale (suite) 1
Bilan de la mise en oeuvre des mesures prévues au plan d'action en santé mentale 1
Crédits nécessaires à l'atteinte des niveaux de performance ciblés au plan d'action en santé mentale 3
Bilan et orientations concernant la sectorisation des services de santé mentale 3
Retombées économiques du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux 5
Différences entre les projets de services régionaux de conservation et de carte santé 6
Projet d'immobilisations à l'Hôtel-Dieu de Québec 7
Actions entreprises pour assurer l'entretien et le développement du parc immobilier des CHSLD 8
Pourcentage de lits de CHSLD nécessitant des réaménagements significatifs 9
Prévisions d'ajout de lits dans des CHSLD 10
Portrait de la répartition des lits de CHSLD par régions 11
Participation du privé à la construction et à la rénovation dans le secteur des soins de longue durée 12
Rapport, coût et bilan du projet pilote de CHSLD mené à Saint-Lambert 13
État d'avancement des projets novateurs 14
Nature et bilan des visites d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie des personnes en perte d'autonomie 15
Projets de centres hospitaliers universitaires à Montréal
Motifs de la hausse des coûts estimés 16
Règles concernant les conflits d'intérêts potentiels des experts-conseils associés au directeur administratif 18
Rémunération du directeur administratif et des membres du comité d'experts-conseils 18
Contribution du gouvernement fédéral et du secteur privé au budget de construction 18
État d'avancement 20
Projet pilote d'accès aux pompes à insuline pour certaines clientèles pédiatriques 21
Fonctionnement et limites d'efficacité des pompes à insuline 22
Portrait des investissements et des avancées en équipements de haute technologie 23
Bilan d'implantation des groupes de médecine de famille 24
Projets de centres hospitaliers universitaires à Montréal (suite)
Part du financement privé garanti pour la construction 25
Évaluation et financement de la portion des coûts de construction faite en mode conventionnel 26
Suivi budgétaire annuel de l'implantation 27
État d'avancement du processus de choix du mode de réalisation 27
Réaction du ministre aux limites constatées de la formule britannique de partenariat public-privé 29
Mesures de soutien aux hommes en difficulté 31
État de la situation concernant la désinstitutionnalisation 32
Intentions concernant le programme Soutien aux organismes communautaires 34

Intervenants

Mme Yolande James, présidente suppléante
Mme France Hamel, présidente suppléante

M. Philippe Couillard
M. Jean-Pierre Charbonneau
Mme Sarah Perreault
Mme Diane Legault

Note de l'éditeur: La commission a aussi siégé en après-midi pour l'étude des crédits du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Le compte rendu en est publié dans un fascicule distinct.

Le mardi 9 mai 2006 — Vol. 39 N° 24

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (5): volet Santé

(Neuf heures trente-quatre minutes)

La Présidente (Mme James): À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission des affaires sociales est réunie ce matin afin de poursuivre nos travaux sur l'étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Je vous rappelle que l'usage des téléphones cellulaires est interdit dans cette salle, et je demanderais aux personnes qui en font usage de bien vouloir les mettre hors tension pour la durée du mandat.

Je vous rappelle que nous allons poursuivre les crédits budgétaires. L'heure prévue est de 20 heures, dont 15 au volet Santé. Aujourd'hui, nous avons prévu trois heures pour l'étude des crédits du volet Santé.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Alors, M. Auclair (Vimont) va être remplacé par Mme Hamel (La Peltrie); M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce), par Mme Perreault (Chauveau); et Mme Charest (Rimouski), par M. Charbonneau (Borduas). Voilà.

Santé

Discussion générale (suite)

La Présidente (Mme James): Merci. Tel que convenu, nous allons poursuivre l'étude par blocs de 20 minutes d'échange du côté de l'opposition officielle et du côté ministériel. Alors, la parole est à vous, M. le député de Borduas, pour le premier bloc de 20 minutes.

Bilan de la mise en oeuvre des mesures prévues au plan d'action en santé mentale

M. Charbonneau: Bien, merci, Mme la Présidente. La semaine dernière, le ministre et moi avons eu un échange à l'occasion d'une motion non annoncée, là, conjointe sur la santé mentale. Je voudrais revenir sur le dossier de la santé mentale parce que le ministre en a fait une priorité, à bon droit. Je pense que le Québec avait besoin qu'on priorise cette question-là depuis déjà un bon moment, alors ce n'est pas moi qui va faire des reproches au ministre quant à la priorisation. L'important pour moi, maintenant, c'est de voir jusqu'où on priorise au niveau budgétaire puis où est-ce qu'on en est rendu et puis comment on fait face à certains types de problèmes qui ont été soulevés déjà depuis un certain temps.

Alors, je voudrais d'abord voir avec le ministre parce que, dans ses intentions, il a indiqué que la priorité devait aller au renforcement des services de première ligne et, parmi les mesures concrètes du plan d'action que le ministre a publié l'an dernier, je cite un certain nombre de mesures: la désignation d'un psychiatre répondant d'un territoire local; la création d'équipes de santé mentale de première ligne dans les centres de santé et de services sociaux; la mise sur pied d'une offre de services d'intervention de crise 24 heures sur 24, sept jours par semaine, dans toutes les régions du Québec; la mise en place de guichet d'accès aux services de santé mentale de première et de deuxième ligne dans tous les CSSS et la disponibilité de l'intervenant pivot et de l'agent de liaison.

Ma première question, Mme la Présidente, ce serait de savoir où est-ce qu'on en est dans le déploiement de ces mesures-là ou dans la mise en oeuvre plutôt de ces mesures concrètes là qui sont prévues au plan d'action?

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Effectivement, la santé mentale est un domaine qui a été longtemps laissé dans l'ombre dans le système de santé et même dans la société du Québec, on peut dire plus largement même que le système de santé. Et, dans ce domaine, le gouvernement a bien sûr investi dès 2003-2004, et nous en sommes maintenant à un total de 56 millions d'argent récurrent, c'est-à-dire des sommes qui sont prévisibles, qui reviennent chaque année et qui sont indexées, et on pourra y revenir, mais c'est un effort budgétaire très important par rapport à ce qui a été accompli auparavant.

Mais, parallèlement à l'investissement, il y a également le plan d'action dont le député de Borduas a très bien donné les grandes lignes. Les régions sont toutes à l'oeuvre actuellement pour la mise en place des équipes de première ligne. La priorité est donnée aux équipes de première ligne de santé mentale jeunesse... deux équipes distinctes d'ailleurs comme le Rendez-vous des partenaires avait recommandé: une équipe distincte de santé mentale jeunesse et une équipe distincte adulte. Alors, on a actuellement... il y a un plan régional... je prends l'exemple de Montréal, par exemple, et c'est fait dans chaque région, il y a trois phases actuellement de prévues. Je donne l'exemple de Montréal, mais on peut le développer différemment d'une région à l'autre parce que la réalité d'une région est très différente par rapport à Montréal. Par exemple, Chaudière-Appalaches près d'ici, le virage communautaire a été fait il y a très longtemps, alors qu'à Montréal il y a la présence des grandes institutions hospitalières psychiatriques qui change un peu la donne.

Mais, à la phase I, qui est le printemps 2006, on vise actuellement le déploiement d'équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes et les adultes dans chaque CSSS, la participation des médecins et des psychiatres répondants et l'accès rapide aux services de deuxième ligne. À l'automne 2006, le développement du suivi intensif dans le milieu et du soutien d'intensité variable, l'accès à une gamme de services résidentiels et la prévention du suicide, qui de toute façon est déjà en cours, là, on ne commence pas, on continue, on accentue. Et en décembre 2006, l'accès au soutien aux études et au travail, la psychiatrie et justice, la collaboration

interprogrammes. Donc, l'Agence de Montréal doit nous présenter, pour chacune de ces phases, printemps, automne et décembre 2006, leurs actions précises régionalement pour mettre en place le plan d'action. Mais il y a déjà des CSSS qui actuellement déploient les équipes de première ligne, mais on va avoir un échéancier très clair pour la région de Montréal et les autres régions.

En fait, on suit la même logique qu'avec le plan pour les personnes âgées en perte d'autonomie: un plan ministériel qui, par la suite, est décliné dans chaque région, selon les caractéristiques propres de chaque région, et chacune de ces régions doit nous donner la façon dont ils vont mettre en place, et particulièrement les priorités qui sont les équipes de première ligne.

• *(9 h 40)* •

Il y a également une partie extrêmement importante pour Montréal, et je me permets de la souligner parce que, dans un plan d'action, c'est d'après moi une question qui peut être un peu plus délicate mais qui doit être réglée et pour laquelle les partenaires sont déjà en contact, c'est la partie de réallocation des ressources et du partenariat entre l'hôpital psychiatrique et les CSSS. Alors, on se souvient que, dans le plan d'action en santé mentale, on prévoyait d'une part des budgets de développement, alors il y en a eu 56 millions qui ont été déposés, mais également on envisage que les grands hôpitaux psychiatriques déploient entre 10 % et 15 % vers... jusqu'à 15 % de leurs ressources vers la communauté. Il y a des actions qui ont été posées surtout à Québec, à Robert-Giffard, mais, également à Montréal, on voit que le partenariat donc, et le déplacement de ressources vers la première ligne est en train de se faire.

Il y a une nouvelle proposition également qui est en cours actuellement de discussion avec Montréal: on envisage, par exemple, le volume de transfert d'intervenants professionnels et de budgets pour une valeur de 43 millions de dollars des hôpitaux psychiatriques vers les CSSS, donc vers la communauté, la provenance des ressources et des budgets pour chaque CSSS, l'impact donc, pour les centres hospitaliers concernés, et le partenariat de première et de la deuxième ligne, soit le jumelage de chaque CSSS entre un hôpital et un département de psychiatrie ou entre un CSSS et le département de psychiatrie et le maintien des services de deuxième ligne en santé mentale pour les populations hors de Montréal, parce que bien sûr les populations voisines de Montréal n'ont pas toutes accès aux services de deuxième ligne. Il y a des travaux également amorcés pour la mise en place des équipes de première ligne dans les CSSS. La composition et le rôle des intervenants de ces équipes, incluant ceux du médecin omnipraticien et du psychiatre répondant, et l'accès à l'expertise de cette équipe dans les CSSS a été clarifié.

Donc, on voit que, dans toutes les régions, les choses sont en marche. Il y a des régions qui ont déjà mis en place leurs équipes de déploiement, et, également, c'est plus important et plus délicat à faire dans les régions urbaines à cause de la présence des grands psychiatriques. Mais, moi, je suis encouragé de voir que, concrètement, on est en train de déplacer une partie des ressources de l'hôpital psychiatrique vers la communauté.

Il y a également la question des centres jeunesse. On sait que la stratégie jeunesse et le plan de santé mentale contiennent des actions spécifiques pour les clientèles des centres jeunesse et bien sûr des équipes multidisciplinaires, des équipes de deuxième niveau dans les centres jeunesse, et on a également prévu l'analyse des services résidentiels utilisés par les jeunes ayant un trouble mental à travers l'application de ce plan d'action avec les agences de Montréal.

Alors, je pense que, dans tous les domaines concrets que le plan d'action identifiait, les actions sont en cours. Je dirais que la priorité à court terme, c'est la mise en place des équipes de première ligne, adultes et jeunes. Par la suite, on a également établi un...

On me donne un autre état de situation ici qui est intéressant. L'investissement en santé mentale en 2006-2007 permettra de poursuivre le développement des services prioritaires reliés aux cibles du plan d'action: priorité un, comme je l'indiquais, développer une première ligne forte et accessible; priorité deux, articuler les services aux personnes à haut risque suicidaire. Et tout ça est suivi actuellement au ministère par le biais des ententes de gestion. Il y a un outil de gestion conjoint, là, entre le ministère et les agences qui permet d'obtenir la reddition de comptes, l'inventaire des dépenses et les services de santé mentale pour l'année 2005-2006 et également ce qui est à venir en 2006-2007. Donc, l'ensemble des actions est en voie d'être déposé.

M. Charbonneau: Est-ce que le ministre accepterait de déposer cet état de situation pour l'an dernier? Et puis est-ce qu'il pourrait s'engager pour qu'on puisse suivre, nous aussi, l'évolution, là, de la mise en oeuvre du plan d'action? Parce qu'il parlait, bon, bien, que dans chaque région, finalement, administrative, donc pour chaque agence, il y a une progression qui n'est pas nécessairement la même et peut-être une approche de mise en oeuvre qui n'est pas nécessairement la même. Mais est-ce qu'on pourrait avoir finalement l'ensemble des propositions de mise en oeuvre par région, pour qu'on puisse, nous aussi, au fur et à mesure, dans les mois et les années à venir, suivre l'évolution, là, de la situation, compte tenu de l'importance du dossier, là?

M. Couillard: Bien, Mme la Présidente, bonne idée. On ne pense pas qu'il soit utile de déposer des états de situation ministériels. Ce qu'on pourrait faire cependant, c'est qu'on a ce bilan région par région, une sorte de tableau d'avancement région par région, et on serait heureux de le transmettre à la commission; pas aujourd'hui, parce qu'on ne l'a pas sous la main, là, mais, d'ici la fin de la session ou même avant, transmettre à la commission pour qu'elle puisse le mettre à la disposition des parlementaires.

M. Charbonneau: Moi, ce qui me préoccupe...

M. Couillard: Pardon. On m'indique que, dans le tome II, page 34, il y a des renseignements. On pourrait aller voir les renseignements pour vérifier s'il y a d'autres choses qui sont nécessaires.

M. Charbonneau: Bien, c'est parce que ça ne nous donne pas vraiment, là...

M. Couillard: Ce n'est pas détaillé région par région...

M. Charbonneau: Non, c'est ça, là.

M. Couillard: ...de sorte qu'on pourra y aller de façon plus détaillée. Il y a une base d'information là-dedans, cependant.

Crédits nécessaires à l'atteinte des niveaux de performance ciblés au plan d'action en santé mentale

M. Charbonneau: Moi, ce qui me préoccupe... — puis on en a parlé un peu la semaine dernière, puis, je le dis, là, encore une fois, là, je ne veux pas faire de la démagogie sur ça — mais, compte tenu de l'importance du dossier, le ministre convient que notre responsabilité, c'est de noter les signaux qui sont allumés. Quand l'Association des établissements de santé et de services sociaux indique, dans un document de travail en préparation de l'évaluation du budget comme on étudie, que le développement des services en santé mentale devrait requérir un investissement cette année de 25 millions... Et puis dans le fond, les éléments dont je parlais tantôt, on les retrouve dans leur document, reliés au chapitre de la santé mentale puis au niveau de l'investissement dont je parle, et puis que je vois finalement la déclaration d'association qui dit: Il paraît évident que les établissements de santé et de services sociaux ne disposeront pas cette année de toutes les ressources pour donner leur pleine impulsion aux différents plans d'action ministériels.

C'est-à-dire que la question, moi, que je pose au ministre, c'est: Est-ce qu'il pense que les établissements vont pouvoir lui livrer la marchandise attendue avec les objectifs qu'il a fixés puis dont il vient de nous parler avec les éléments, là, de progression qui sont anticipés avec moins de la moitié de la somme que les établissements à qui il a confié le mandant de mettre en oeuvre son plan d'action ont à leur disposition? C'est-à-dire que, si les établissements ont 10 millions cette année et non pas le 25 millions qu'ils souhaitaient avoir et qu'ils considéraient avoir besoin pour pouvoir répondre à la commande du ministre, comment on peut penser qu'on va arriver à livrer la marchandise cette année, du moins à faire des progrès suffisamment significatifs pour qu'on atteigne les cibles que le plan ministériel a prévues là?

M. Couillard: Bien, Mme la Présidente, je pense qu'il faut quand même donner un contexte historique. Moi non plus, je veux m'abstenir de toute déviation de style démagogique, comme disait le député de Borduas. Il a lui-même... Il s'est lui-même exclus du processus démagogique, donc je veux m'en exclure, moi aussi, bien sûr.

Je ferais quand même la remarque qu'entre 1998 et 2003, il y a eu un total de 13 millions de dollars récurrents qui étaient investis en santé mentale. Alors, on est dans un état de désertification totale du milieu de santé mentale jusqu'en 2003. Par la suite, donc on était à 56 millions.

Bien sûr, j'indique également que, via les ententes de gestion, on a déjà pris l'engagement ici qu'on déposerait les ententes de gestion après la signature de ces ententes entre le ministère et les agences, et on va trouver là beaucoup de renseignements région par région également sur les niveaux de performance qui sont visés pour l'année en cours. Mais j'indique quand même que l'augmentation des sommes récurrentes est très importante, qui ont été indexées, qu'il faut ajouter à ça, comme je le disais tantôt, le déplacement de ressources des hôpitaux psychiatriques vers la communauté. Si on ne crée pas ce mouvement-là, il ne se fera jamais, on va être d'accord là-dessus. Et pour le reste, écoutez, ça fait combien? Ça fait 36 ans que le système de santé du Québec existe. Je pense que, chaque année, les associations d'établissements ont requis plus, ont demandé plus d'argent au gouvernement que ce qu'il était possible de verser, compte tenu des finances publiques.

Je pense qu'on voit cependant, dans les choix d'investissement, que la santé mentale a faits l'objet d'une attention budgétaire spécifique, et c'est le cas année après année, et également qu'on a tenu grand compte, dans le plan d'action, des remarques d'ailleurs des partenaires qu'est l'Association des établissements et... Il y avait eu à l'époque un congrès, je ne sais pas si le député de Borduas s'en souvient, un colloque sur la santé mentale, qui réunissait CLSC, centres hospitaliers, et on est tombés d'accord sur les grandes lignes qui sont dans le plan d'action actuellement.

Maintenant, il faut vraiment intégrer ces équipes-là dans chaque CSSS, impliquer les médecins, également coordonner les salles d'urgence, la fonction liaison. Tout ça est en cours, mais je répète qu'on en trouvera, je dirais, le visage concret dans, d'une part, les ententes de gestion et également au niveau du bilan régional qu'on est prêt à transmettre, comme je l'indiquais tantôt.

Ne pas oublier également, dans le domaine de la santé mentale, quoi que loin de là, la santé mentale n'est pas qu'un univers médical, il y a beaucoup d'autres questions qui s'ajoutent à ça. Les modes de pratique et les ententes qu'on a avec les médecins ont une importance considérable, que ce soit autour des groupes de médecine de famille ou des ententes auxquelles on pourrait en venir sur la prise en charge accentuée des clientèles vulnérables. On sait très bien que, parmi les clientèles vulnérables, les personnes avec des problèmes de santé mentale sont en tête de liste avec les personnes en perte d'autonomie en général.

Bilan et orientations concernant la sectorisation des services de santé mentale

M. Charbonneau: Mais, Mme la Présidente, toujours sur le dossier de la santé mentale... rester là pour le premier bloc, dans le document *Partenaires pour la santé* du Parti libéral du Québec, lors des dernières élections, il y avait un chapitre qui s'intitulait *Sectorisation des services de santé mentale*, et là on présentait le problème qui existe puis, je pense, que le ministre connaît bien, qui fait que, contrairement aux autres soins médicaux, pour obtenir des soins et des services en psychiatrie — ça a commencé à Montréal mais c'est maintenant un peu partout à travers le Québec comme ça — on ne peut pas choisir finalement son médecin.

● *(9 h 50)* ●

Par exemple, moi, je demeure à Beloeil. Si j'ai besoin d'un cardiologue ou d'un spécialiste quelconque, je peux très bien aller à l'Hôpital Notre-Dame ou être référé par mon médecin de famille à un hôpital de

Montréal. Mais, si j'ai besoin des services en psychiatrie, on n'aura pas... mon médecin n'a pas le choix, il doit me référer à l'hôpital de Saint-Hyacinthe. Et dans le document dont je parle, donc le document du Parti libéral, on posait le problème puis on disait que cette répartition inégale des ressources en psychiatrie qui perdure depuis plusieurs années, il y a des risques d'injustice soulevés et, malgré les appels à l'aide aux autorités locales, régionales et nationales, aucun correctif n'a été apporté. Par exemple, le budget consacré par le ministère de la Santé pour les soins psychiatriques, et là on donnait des chiffres.

Et finalement, ce qui est important, c'est qu'on s'engageait à ce que cette règle de sectorisation soit modifiée, abolie, puisqu'elle entraînait de graves préjudices. Donc, on reconnaissait, dans le document du Parti libéral, que ça créait des préjudices importants, et que ce n'était pas finalement la bonne façon, et que cette politique administrative, parce que ce n'est pas une loi ou un règlement, à moins que je me trompe, que cette politique administrative qui prévaut au sein du ministère depuis longtemps — je me demande si ce n'était pas même un ministre libéral qui avait mis en place il y a une vingtaine d'années — il serait temps de la mettre de côté.

Là, la question, c'est: Où est-ce qu'on en est? Les échos que j'ai, c'est que finalement on n'a pas avancé sur cette question-là, là.

M. Couillard: Alors, Mme la Présidente, évidemment on avance là-dessus... puis, comme le député le sait, c'est une pratique qui date de plusieurs décennies presque, dans le domaine de la santé mentale. La directive est claire: On veut lever la sectorisation, elle est déjà levée dans plusieurs secteurs. Comme dans tout changement important, il y a des îlots de résistance. Disons-le de façon plus subtile, là. Mais il est clair que la création des CSSS, pour nous, a comme conséquence logique la levée de la sectorisation. Pourquoi? Parce que, d'une part, la Loi de santé et de services sociaux permet aux usagers de choisir leur médecin et leur centre hospitalier, et, d'autre part, que la création des centres de santé et de services sociaux vise à offrir localement des soins accessibles et continus qui vont faire en sorte d'après nous que les gens vont naturellement choisir de consulter dans leur quartier, mais pas de façon aussi rigide que c'était fait jusqu'à maintenant.

J'indique cependant qu'au-delà de l'apparence il y a deux réalités, ici, qui sont en place. D'une part, c'est que, si on regarde les psychiatres de Montréal, le tiers des médecins psychiatres de Montréal donne des soins à la clientèle du 450, si on peut dire, donc périmontréalaise. Donc, on voit que cette sectorisation n'est pas aussi étanche que ce qu'on peut penser, mais la directive, je dirais, de l'abolir est claire. On veut tourner le dos à la sectorisation, respecter complètement le libre choix des patients pour leur médecin et leur lieu de consultation. Ça doit se faire également parallèlement au déploiement du plan d'action dans les différents CSSS.

Le député également a parlé brièvement de la question de l'inéquité interrégionale. Je suppose qu'il va vouloir revenir là-dessus dans un autre plan, parce que c'est un autre plan qui, pour la santé mentale, pour la Montérégie particulièrement, était assez particulier, était assez spécifique. Alors, je dirais que c'est également une question qui... une fois qu'on a établi la volonté de la mettre de côté, la sectorisation, on est devant des habitudes historiques, là, qui datent de décennies, des clientèles qui sont dirigées automatiquement par référence de médecin, des choix de médecin qui se font entre médecins. Donc, je vous dirais que cette transition va se faire de façon progressive, mais nous avons établi clairement la directive que la sectorisation est chose du passé et qu'il faut maintenant se tourner vers une offre de service garanti dans le secteur ou dans le territoire du CSSS, mais pas de façon rigide comme ça a été le cas jusqu'à maintenant.

M. Charbonneau: Moi, je veux bien croire le ministre, mais j'ai appris que... écoutez, il y a une coalition qui s'appelle le comité de la sectorisation... en fait, le comité sur la sectorisation, Pas de code postal pour la santé mentale, c'est comme ça qu'ils se désignent. Il y a à peu près 150 organismes communautaires qui sont reliés dans cette coalition-là, et ces gens-là ont demandé à plusieurs reprises au ministre de les recevoir et de les rencontrer. Jusqu'à maintenant, ils n'ont eu de réponse.

Est-ce que le ministre accepterait de les recevoir, d'une part? Puis, deuxièmement, est-ce que le ministre est au courant qu'actuellement il y a un recours collectif qui a été déposé par cette coalition-là justement pour mettre fin à cette pratique-là? Alors, le ministre dit: Moi, je veux mettre fin, je veux respecter mon engagement électoral, mais ce qu'on constate sur le terrain, c'est que ça n'a pas l'air à être le cas. On continue la pratique et on la continue tellement que des gens se sentent maintenant l'obligation de prendre un recours collectif, donc d'utiliser la voie judiciaire pour forcer le gouvernement à abolir cette pratique-là qui est vieille de plusieurs décennies. Et, encore une fois, ce qu'on nous dit, c'est que le ministre, jusqu'à maintenant, a refusé de rencontrer la coalition. Alors, est-ce qu'il accepterait de rencontrer les porte-parole, puis qu'est-ce qui arrive, là?

Écoutez, moi, je veux bien encore une fois prendre la parole du ministre, mais on est devant une réalité: c'est que, là, il y a un processus judiciaire qui est amorcé, il y a une poursuite... en fait, il y a une demande de recours collectif. Et, si ce recours-là collectif était autorisé, ça veut dire, là, il y a un processus qui va faire en sorte qu'on va avoir un affrontement judiciaire pour mettre fin à une pratique. Alors, est-ce que c'est nécessaire d'aller... de s'engager dans cette voie-là d'un recours collectif? Si le ministre dit qu'il veut l'abolir, pourquoi il ne l'abolit pas clairement, rapidement, de telle sorte que ce ne soit pas nécessaire que les gens dépensent des énergies et de l'argent pour faire un recours collectif? Puis, encore une fois, est-ce qu'il accepterait de rencontrer les représentants de la coalition en question qui s'oppose, depuis des années, à cette pratique-là qui a été instaurée il y a un bon moment pour la dispensation des services psychiatriques sur le territoire?

M. Couillard: Bien, je dirais, Mme la Présidente, le plan d'action exprime clairement et explicitement l'abolition de la sectorisation et le remplacement par une offre de service intégré et continu au niveau des CSSS. Mais je dirais quand même que, dans cette question, il faut quand même être respectueux des gens et il faut que

le député de Borduas soit conscient qu'il y a des personnes qui ont bâti des habitudes de consultation puis des liens de confiance qu'on ne veut pas non plus bousculer du jour au lendemain, là. Il faut être prudents là-dedans.

On est conscients, on est contents que cette association existe. On est prêts à être en partenariat avec eux pour le suivi de la mise en place de ce virage à l'écart de la sectorisation. Cependant, le député de Borduas sait bien, ayant lui-même été au gouvernement, que, lorsqu'une association a des démarches juridiques ou légales en cours contre le gouvernement, il n'est pas de coutume d'avoir des rencontres qui pourraient tinter les procédures judiciaires par la suite.

Alors, si on veut procéder de façon extrajudiciaire et collaborer avec nous, on est prêts certainement à le faire avec cette association, mais, avec une cause qui évolue devant les tribunaux, vous comprendrez que le poste que j'occupe m'amène à la plus grande prudence dans les rencontres que je pourrais avoir avec cette association-là.

M. Charbonneau: Est-ce que... Mme la Présidente, vous permettez? Juste une question, juste pour poursuivre sur ça, parce qu'on pourrait changer de sujet pour le prochain bloc, là. Mais je voudrais juste signaler, le recours collectif, le processus a été engagé au mois de décembre, mais des gens demandent à vous rencontrer depuis pas mal plus longtemps. Est-ce que dans le fond il n'y aurait pas intérêt à ce que... Parce que, là, il n'a pas été encore autorisé, là, donc il y a une démarche qui est encore préliminaire, d'une certaine façon.

Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu que le ministre accepte de rencontrer les gens qui s'opposent à cette pratique-là et qui demandent, depuis déjà un bon moment, à le voir? Il verra par la suite s'il y a une possibilité, puis ces gens-là pourront aussi juger des intentions du ministre. Le dialogue qui pourrait s'installer pourrait être fructueux. Vous dites que vous souhaitez que ces gens-là soient associés au processus de suivi de la mise en oeuvre du plan d'action. Très bien. Mais encore une fois est-ce qu'on est obligés de s'engager dans une dynamique de processus judiciaire si ce n'est pas nécessaire? Et, si le ministre dit: Bien, écoutez, moi, je vais les rencontrer, puis on verra après, bien peut-être que finalement ce serait une bien bonne chose pour tout le monde qu'on commence par cette étape-là plutôt que de s'engager dans la voie judiciaire. Si en plus cette voie-là était acceptée par les tribunaux, on va se retrouver peut-être à faire une bataille un peu inutile si effectivement vous dites que vous voulez l'abolir. La question dans le fond, ça va être: Quand? Puis à quel rythme? Puis de quelle façon?

Alors, peut-être que ces réponses-là, vous pourriez les donner et donner les assurances de telle sorte que ces gens-là sentent qu'il ne serait plus nécessaire d'aller de l'avant avec un processus judiciaire.

M. Coulllard: Bien, c'est ce que je suis en train de faire, là. On est devant une procédure judiciaire qui est exprimée ou qui s'est déposée sur la base d'actions posées par les gouvernements antérieurs au nôtre sur laquelle il n'y a jamais eu, à ce que je sache, de volonté des gouvernements précédents de tourner le dos à la sectorisation, alors que, nous, nous avons établi cette volonté. Nous l'avons écrit dans le plan d'action et nous voulons qu'elle s'accomplisse sur le terrain. Alors, on est bien sûr très disposés à entrer en partenariat avec ces groupes de même que les groupes de défense des droits, dont on a d'ailleurs accru le financement à Montréal comme ailleurs. Mais je dirais qu'on est un peu dans la situation de l'oeuf et de la poule. Moi, comme représentant de l'État, là, s'il y a des démarches judiciaires qui sont entreprises, il m'apparaît extrêmement difficile d'avoir des contacts qui pourraient par la suite être utilisés dans le cadre de ces démarches judiciaires. C'est une question de responsabilité ministérielle beaucoup plus large que le poste spécifique de la Santé et des Services sociaux.

Maintenant, si on veut s'engager avec nous dans un partenariat extrajudiciaire par d'autres moyens que des recours aux tribunaux, on est tout à fait disposés à entrer en partenariat et travailler de concert avec ce groupe-là pour nous aider à lever ces résistances qui sont des résistances historiques, hein? Quand une procédure est en place depuis des décennies, c'est bien beau d'envoyer une directive, et une note, et des instructions, mais, pour qu'elle s'accomplisse sur le terrain, ça nous prend des alliés, ça nous prend des gens qui s'y engagent avec nous, et ce type de groupe-là, de même que l'Association de défense des droits de la région de Montréal, c'est un partenaire désigné pour nous pour ça, et on est très, très désireux de le faire, mais...

Je l'ai fait dans d'autres domaines que le domaine de la santé mentale. Dès qu'il y a des recours judiciaires déposés contre le gouvernement, au conseil des avocats du gouvernement d'ailleurs, je ne peux avoir de contacts qui, par la suite, seraient utilisés dans le cadre des démarches judiciaires.

● *(10 heures)* ●

M. Charbonneau: ...amicalement au ministre que finalement, comme je lui ai dit, les demandes pour le rencontrer datent... puis sont bien antérieures au dépôt du recours... de la demande d'autorisation d'un recours collectif. Alors, c'est pour ça que peut-être que, plutôt que de laisser aller les choses, il y aurait peut-être lieu de donner suite à cette demande qui date déjà depuis un bon moment, puis peut-être, après ça, vous verrez si vous maintenez cette approche-là de cloisonner, d'une certaine façon, la discussion, là.

La Présidente (Mme James): M. le député, on a déjà passé le temps de beaucoup. Alors, je veux maintenant permettre à la députée de La Peltrie de poser sa question pour le deuxième bloc. Allez-y.

Retombées économiques du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

Mme Hamel: Merci, Mme la Présidente. Alors, bon matin à tous les collègues, aux collaborateurs qui accompagnent le ministre. Je suis heureuse d'être ici, ce matin, à cette commission. J'ai rarement l'occasion de participer à la commission où participe le ministre de la Santé, alors j'aurais deux questions en fait pour le ministre.

Alors, le gouvernement du Québec a annoncé tout dernièrement un important investissement pour le

déploiement du plan d'informatisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Alors, comme tout le monde le sait, c'est une priorité pour le gouvernement actuel, la croissance économique est très importante. Alors, j'aimerais que le ministre nous explique l'impact économique d'un projet comme celui de cette informatisation du réseau.

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

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Alors, effectivement c'est une annonce importante qui a été faite récemment sur l'informatisation du réseau de la santé et une annonce très attendue d'ailleurs par l'ensemble du réseau, et qui s'est appuyée sur des gestes préalables posés par la gouvernement. Le premier de ces gestes a été l'adhésion à Inforoute Santé du Canada en 2004. Il faut savoir que c'est un organisme qui existait depuis déjà quelques années, et on a pu bien sûr, à partir seulement de ce moment-là, récupérer des sommes qui sont disponibles pour le Québec et qui étaient disponibles auparavant également. Alors, l'Inforoute Santé Canada a investi 303 millions de dollars sur le total de 547 millions, et le gouvernement du Québec finance des immobilisations de 244 millions de dollars pour la même période. Dans l'ensemble du Canada, il faut savoir qu'Inforoute Santé Canada a réalisé 141 projets qui sont en route ou terminés. Alors, malheureusement, comme on a été tardifs pour se joindre à Inforoute, on n'a pas pu s'insérer dans la démarche dès le début, et c'est dommage qu'on n'ait pas donc pu tirer avantage de cette occasion extraordinaire.

Maintenant, les retours sur les investissements sont importants en termes de croissance économique, parce qu'on permet à notre industrie des technologies de l'information de mettre son expertise à la disposition du réseau de la santé et elle-même de gagner une expertise qui, par la suite, peut être mise à la disposition des autres provinces canadiennes et également même des autres États dans le monde, ce qui va accentuer le rayonnement technologique du Québec.

Il y a des gains en emploi également qui sont considérables. On pourra y revenir ultérieurement, mais on les a résumés ici: on prévoit qu'il y a environ 6 300 emplois qui vont être créés sur quatre ans, dans le domaine des technologies de l'information, 1 705, 2 145, 1 375 et 1 122, avec une valeur ajoutée à l'économie qui est importante.

Donc, premier gestion préalable qui est l'adhésion à Inforoute Santé Canada. Deuxième geste préalable, l'élaboration de l'architecture de l'information du réseau de la santé. Et troisième geste, auquel le député de Borduas a participé d'ailleurs, c'est la définition d'un cadre légal qui permet la circulation de l'information entre l'établissement et ses partenaires.

Alors, je crois là qu'on a devant nous une perspective très concrète et réelle de déploiement des services d'informatisation pour le réseau de la santé au cours des prochaines années, et nous sommes d'abord déjà à l'oeuvre pour l'actualiser dans les trois domaines qui sont visés par l'entente, c'est-à-dire la transmission numérique des images radiologiques, ensuite la télé santé et finalement, ce qui est très directement important pour nos concitoyens, la création du dossier électronique, du dossier québécois interopérable, qui permet aux médecins, aux professionnels de la santé d'avoir accès aux informations de base sur l'ensemble du territoire pour tous les patients québécois qui auront bien sûr donné leur consentement.

On sait également, sur le plan économique, plus largement, que la création d'emplois et l'activité économique des technologies de l'information, que pour le système de santé lui-même, il y a plusieurs études qui ont montré qu'il y a des avantages considérables en termes de gains d'efficience en évitant, par exemple, la répétition, la duplication d'examens cliniques, des erreurs de prescription, la réduction du nombre d'examens de radiologie et de laboratoire, comme on l'indiquait, la réduction des réactions indésirables aux médicaments et des hospitalisations qui peuvent s'en suivre, et bien sûr la question d'une plus grande satisfaction pour les usagers du système de santé en n'ayant pas à revenir, comme c'est le cas si souvent actuellement, parce que le résultat de laboratoire n'est pas disponible, ou le résultat de rapport radiologique non plus, ou on ne connaît pas exactement le nom des médicaments qu'on prend. Je pense qu'il y a lieu ici de se féliciter collectivement qu'on puisse aller de l'avant et qu'on rattrape le retard qu'on a accumulé, au cours des dernières années, dans ce domaine.

La Présidente (Mme James): O.K. C'est complet? Alors, Mme la députée de Chauveau... Ah, une autre question.

Mme Hamel: J'aurais une deuxième question, s'il vous plaît, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme James): Allez-y, Mme la députée de La Peltrie.

Mme Hamel: Ça vous va.

La Présidente (Mme James): Oui.

Différences entre les projets de services régionaux de conservation et de carte santé

Mme Hamel: Alors, j'aimerais savoir, Mme la Présidente, considérant l'échec du projet carte santé du Québec, ça avait laissé une impression négative chez de nombreux observateurs à l'égard de l'informatique appliquée au domaine de la santé. Est-ce que le ministre pourrait nous expliquer la différence qui existe, les principales différences entre ces deux projets-là: le projet de services régionaux de conservation que l'on retrouve dans l'actuel plan d'informatisation avec le projet de carte santé du Québec?

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

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Alors, j'ai indiqué à quelques reprises, en faisant référence au projet de carte santé, ce qu'on appelle communément carte à puce, que tout n'avait pas été perdu heureusement dans ces années de développement, puisqu'on a récupéré l'expertise légale qu'on a incorporée à la loi n° 83. Cependant, le problème principal du projet de carte à puce, c'était le fait qu'on voulait, et j'ai souvent

utilisé cette comparaison imaginée, donner à quelqu'un une clé pour une maison qui n'existait pas. Il fallait d'abord bâtir l'architecture de l'informatisation du système de santé, bâtir le mode d'accès également et la sécurisation des données pour, par la suite, parler du développement technologique. Alors, on a fait ça précocement. Ça n'a pas tout été perdu, comme je l'indiquais, mais il y a eu quand même beaucoup d'énergie malheureusement qui aurait pu être mise à l'époque, entre autres avec la création d'Inforoute Santé Canada, à laquelle on n'a pas adhéré.

Il y a également une différence assez fondamentale d'approche. Je pense que ce qui a causé l'échec du projet de la carte à puce, c'est que c'était décrit largement et perçu largement comme un projet à visée administrative, alors que l'architecture de l'informatisation du réseau de la santé de même que le projet de loi n° 83 partent des besoins cliniques, des besoins des patients d'abord, des usagers, des praticiens et par la suite donnent une solution légale à ces besoins plutôt que de faire l'inverse, ce qui a été la démarche malheureusement qui avait été utilisée.

Il y a également le fait qu'on a pu bénéficier des projets pilotes, les projets SI-RIL par exemple, qui nous permettent de développer l'expertise québécoise dans ce domaine-là. Et d'ailleurs ce type de projet là a été incorporé dans les ententes qu'on a avec Inforoute Santé, la sécurisation également.

Je mentionnerais également un élément qui m'apparaît intéressant, et j'en ai été témoin lors de ma visite sur la Côte-Nord, hier. C'est qu'avant l'intégration des établissements de centres hospitaliers, du CLSC et du CHSLD il était très difficile de faire circuler l'information de l'un à l'autre, par exemple de l'hôpital au CLSC, parce que ce n'était pas le même établissement. À partir du moment où c'est le même établissement au sens légal, l'information se promène directement, et d'ailleurs je l'ai vu hier, à Baie-Comeau, où les médecins du CLSC ont accès directement aux résultats de laboratoire des patients qui vont à l'hôpital qui est à quelques kilomètres, et ça, c'est un progrès que l'intégration des établissements nous a apporté.

Mais je dirais qu'en gros, si on résumait la différence entre le projet de l'Inforoute Santé et le projet de la carte à puce, je dirais d'abord qu'ils se situent dans la séquence de la planification, du développement d'une architecture, d'un cadre légal et le type de projet, qui est ici un projet, à toutes fins pratiques, d'abord clinique, basé sur les besoins des patients et des professionnels plutôt qu'un projet à visée uniquement administrative.

Il y a également un lien avec le médicament, très clair, puisque j'ai mentionné tantôt le profil médicamenteux, mais également la possibilité de transmettre l'intention thérapeutique et l'ordonnance électronique, qui va nous permettre de bonifier cette question-là.

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

Projet d'immobilisations à l'Hôtel-Dieu de Québec

Mme Perreault: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de saluer le ministre, de même que l'ensemble de ses collaborateurs, de même que le porte-parole officiel en santé, de l'opposition officielle. C'est pour moi aussi un plaisir, ce matin, d'être à cette commission à laquelle je n'assiste pas souvent. Ça me donne l'occasion d'aborder un sujet que j'ai abordé hier aux crédits de la commission avec le ministre responsable de la Capitale-Nationale quant au projet de l'Hôtel-Dieu de Québec.

● *(10 h 10)* ●

Comme tout le monde le sait, l'Hôtel-Dieu de Québec est le plus vieil hôpital en Amérique du Nord. C'est aussi un centre de recherche en cancérologie notamment et c'est un hôpital qui mérite qu'on s'y attarde, notamment parce qu'il y a un projet actuellement qui a été présenté aux députés de la région de Québec, un projet d'immobilisations, et, hier, le ministre responsable de la Capitale nous disait à quel point il accueillait favorablement ce projet-là, et c'est le même accueil de la part des députés de la région de Québec. C'est un beau projet, et en même temps, je vous dirais, Mme la Présidente, quelle belle rencontre entre l'histoire et la santé puisqu'en 2008 nous célébrerons le 400e anniversaire de la ville de Québec.

Alors, évidemment, quelle belle occasion pour redonner à cet hôpital-là ses lettres de noblesse. Et j'aimerais entendre le ministre là-dessus, à savoir quelle est sa perception et son opinion? Parce qu'évidemment les députés peuvent être favorables, mais le ministre sera ultimement peut-être le maître d'oeuvre de ce projet-là. Alors, j'aimerais l'entendre là-dessus.

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

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente, et je voudrais souligner l'apport des collègues de la députation de la région de la Capitale-Nationale dans l'évolution de ce dossier-là et des autres dossiers de Québec. D'ailleurs, on a plusieurs annonces importantes qui sont prochaines pour la région de Québec dans d'autres hôpitaux également et dans d'autres domaines.

Maintenant, si on prend spécifiquement l'Hôtel-Dieu de Québec, mentionnons qu'il s'agit d'un des trois hôpitaux qui forment le CHUQ, le Centre hospitalier universitaire de Québec. C'est le plus vieil hôpital d'Amérique du Nord. Il a été fondé par les Augustines en 1637, et c'est un terrain enclavé dans l'arrondissement historique du Vieux-Québec que d'ailleurs je vois de ma galerie, de mon domicile.

L'Hôtel-Dieu de Québec est un centre majeur de référence pour l'Est du Québec: 1,7 million de personnes, bassin de drainage, un centre majeur de recherche en cancérologie, en néphrologie, un centre d'enseignement, un partenaire important du RUIS de l'Université Laval. 2 223 employés, 30 pharmaciens, 200 médecins, et on constate cependant, au cours des dernières années, la lourdeur de la clientèle, un niveau d'intensité de soins très élevé, une hausse des jours présence dans la majorité des unités de soins et un taux d'occupation très important, de même qu'un manque d'espace et une vétusté correspondant bien sûr à l'âge de l'établissement.

Alors, comme on s'apprête à... Outre ses besoins du système de santé, comme la ville de Québec s'apprête à célébrer son 400e anniversaire, on a décidé de porter une attention particulière à ce projet de l'Hôtel-Dieu de Québec, qui nous place également au carrefour donc,

comme la députée le disait, de l'histoire et du système de santé. On a d'ailleurs eu une rencontre importante avec les membres du cabinet et la députation au cours des derniers jours, pour essayer de nous concentrer sur l'évaluation de ce projet-là.

On constate qu'il y a un document qui a été déposé par l'Hôtel-Dieu de Québec, un projet d'avenir, et il s'agit, selon l'équipe de rédaction, d'un projet exemplaire à plusieurs niveaux. Il répond aux besoins de la clientèle. Il permet de jouer pleinement un rôle d'établissement tertiaire pour tout l'Est du Québec, résoudre des problèmes aigus de fonctionnalité interne. L'adhésion du personnel et des médecins est acquise. La qualité du projet est supportée par l'agence et les élus municipaux. Le projet de l'Hôtel-Dieu de Québec, par son intégration exemplaire, permettra de rehausser tout cet environnement de la vieille ville de Québec et, compte tenu également des problèmes de circulation de la région, on sait que c'est un aspect qui est particulièrement important dans le cadre donc du développement de l'urbanisme de la ville de Québec.

Je suis donc en mesure de vous confirmer la tenue d'un certain nombre de rencontres qui visent à progresser ce projet de sorte qu'il puisse rencontrer l'échéancier de 2008 quant à sa confirmation. Lors de la réunion avec les membres du caucus libéral récemment, j'étais convaincu, et ça a été bien exprimé, de la pertinence du projet d'agrandissement et de réaménagement, et nous avons personnellement mandaté des membres de notre cabinet pour assurer le suivi de ce dossier et en faire rapport régulièrement.

Je voudrais également mentionner que nous venons d'autoriser un soutien de 300 000 $ pour l'agence de Québec, pour préparer le programme fonctionnel et technique, compte tenu du caractère historique des lieux et des difficultés particulières qui sont liées au respect du caractère historique des lieux et évidemment d'un arrondissement historique et patrimonial.

Donc, je voudrais mentionner en terminant à mes collègues du caucus de Québec que nous sommes confiants de pouvoir annoncer des développements favorables avant la fin de la présente année et qu'il s'agit pour nous d'un projet absolument majeur pour le Québec, non seulement pour la ville de Québec, pour tout l'Est du Québec qui bénéficie des soins à l'Hôtel-Dieu de Québec, mais également qui cadre très bien avec notre vision de l'avenir des soins de santé dans la capitale nationale.

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

Actions entreprises pour assurer l'entretien et le développement du parc immobilier des CHSLD

Mme Perreault: Merci beaucoup, M. le ministre. Soyez assuré que les députés de la région de Québec vont suivre la progression de ce dossier-là avec beaucoup, beaucoup d'intérêt non seulement à cause de son caractère historique, mais aussi compte tenu de son importance au niveau des services de soins de santé.

Je vais aborder un autre sujet aussi qui me tient particulièrement à coeur, c'est celui du parc immobilier des CHSLD. L'automne dernier, le ministre a déposé son plan d'action sur les services offerts aux personnes aînées en perte d'autonomie. Évidemment, dans le dépôt de ce rapport-là, on a compris toute l'importance qu'on doit accorder au maintien à domicile, à des projets novateurs, des projets qui répondent peut-être plus adéquatement aux besoins des personnes âgées qui évidemment, quand elles ont à faire le choix de rester chez eux ou de s'en aller en centre d'hébergement, vont faire le choix de rester chez eux, et je pense que le ministre a clairement identifié sa volonté en ce sens-là.

Mais, une fois que ça, ça ne devient plus possible, malheureusement, pour les personnes âgées de demeurer chez eux pour toutes sortes de raisons, parce qu'ils sont amoindris, parce que leur santé est précaire ou parce que leurs proches ou le système de santé ne peut plus leur permettre de rester chez eux, évidemment, ils doivent se rendre dans des CHSLD.

Et, une fois qu'ils sont là, moi, j'aimerais savoir quels sont les moyens qu'on met en oeuvre pour assurer que ce parc immobilier là qui est extrêmement important, qu'est-ce qu'on fait pour le maintenir dans un état acceptable, qu'on puisse répondre aussi aux besoins des personnes âgées? Alors, j'aimerais entendre le ministre là-dessus.

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

M. Couillard: Alors, merci, Mme la Présidente. Dans la foulée donc du plan d'action sur les soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie, la question des installations immobilières des CHSLD existants de même que les nouvelles installations à créer a fait l'objet d'une attention particulière. On sait que chaque région, comme on a discuté tantôt dans le cas de la santé mentale, chaque région a déposé son plan régional, actuellement en analyse et en validation au ministère. Et également ce plan comporte d'une part la question des services qu'on donne et également la question des installations et du parc immobilier.

Alors, il y a un projet qui a été lancé en 2005, qui arrive à conclusion actuellement, qui est, pour la première fois, un bilan d'évaluation fonctionnelle et technique de tous les lits de CHSLD, là, qu'on peut recenser sur plusieurs volets, une grille d'évaluation qui est assez simple et conviviale de façon à ce que les établissements puissent la remplir ou qu'on puisse en faire le suivi facilement. Il s'agit d'une évaluation qui est basée sur l'évaluation fonctionnelle des établissements: le site, l'accès extérieur, la répartition des services, sécurité et communication, l'évolution technique, infrastructures, enveloppe extérieure, l'aménagement intérieur, plomberie, chauffage, ventilation, protection d'incendie, etc. Et la synthèse de ces installations et de ces diagnostics rapides sur l'état fonctionnel et l'état technique de l'ensemble des installations permet aux régions et au ministère d'avoir une vision globale du type et de l'importance des problèmes qui sont vécus dans le parc immobilier et d'avoir des suivis des améliorations importantes qui devraient être apportées au cours des prochaines années. Alors, je voudrais souligner d'ailleurs en passant la collaboration de la Corporation d'hébergement du Québec dans la mise en place de cette base de données.

On a évalué, on est en train de terminer le bilan d'évaluation de tous les lits d'hébergement donc et en

CHSLD et en CH qui ont des unités de soins de longue durée, on en parlait récemment, et également les évaluations regroupent les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés. Ça nous permet de dégager, et les annonces vont venir assez rapidement au cours des prochains mois, les actions en termes d'investissements et en termes de choix de priorités, et également les mettre en lien avec les visites d'appréciation qui ont, dans certains cas, fait des remarques particulières pour les installations qui sont visitées.

Les données techniques donc prennent en compte toutes les composantes d'un bâtiment, également permettent d'avoir une note globale technique et également les données fonctionnelles sont ajoutées. Ça, c'est historiquement quelque chose qui n'était pas toujours fait: type de chambres, simples ou multiples, la salle d'eau, l'accessibilité à la clientèle, la salle de toilette du corridor, les espaces communs. On a donc pu amener chaque région à faire ce travail qui est un travail colossal, qui est en voie d'être conclu actuellement.

Alors, ce qu'on va donc pouvoir annoncer assez rapidement, c'est d'avoir l'ajout de nouveaux lits, une phase I de 50 millions de dollars de nouveaux lits de CHSLD qui seront particulièrement situés dans les régions qui sont en déficit de lits de CHSLD, compte tenu de la cible d'hébergement qu'on a fixée autour de 3,1 % pour les personnes âgées. Et on sait que la région de la Montérégie est particulièrement ciblée pour ce déploiement de nouveaux lits et, dans la région de la Montérégie, le centre et l'est de la Montérégie surtout, qui ont eu un déplacement important de personnes âgées au cours des dernières années.

Ensuite, nous annoncerons prochainement 105 millions de dollars de rénovations fonctionnelles mineures dans les CHSLD. Il y a un échéancier pour le dépôt de la liste des projets en août 2006 et, en septembre 2006, un échéancier pour l'enveloppe... l'allocation de l'enveloppe. Et enfin un troisième domaine qui est une cible de 300 millions de dollars de rénovations fonctionnelles majeures, selon les cibles régionales, des critères d'admissibilité qui veulent viser les choses suivantes: d'abord, éliminer les problématiques fonctionnelles et techniques majeures, éliminer les chambres multiples, les chambres de plus de deux personnes, relocaliser les personnes actuellement hébergées dans des unités de soins de longue durée des grands centres offrant des soins spécialisés et surspécialisés. Je pense que, là, le député de Borduas retrouve un thème qui lui est cher. Je répète donc que les 300 millions de dollars permettront, entre autres, de relocaliser les personnes actuellement hébergées dans des unités de soins de longue durée des grands centres hospitaliers offrant des soins spécialisés et surspécialisés, favoriser les projets de petite taille mieux distribués dans les régions et bien sûr la prévention des infections.

● *(10 h 20)* ●

Donc, on a, pour ces rénovations fonctionnelles majeures et les nouveaux lits, l'échéancier suivant: dépôt par les agences des projets identifiés en juin 2006, avis ministériel de prépertinence aux agences, transmission au ministère des programmes fonctionnels et techniques de juillet à décembre 2006, annonces ministérielles des projets, février 2007. Alors, si je fais le total de tout ça, c'est 300, plus 105, plus 50, on a donc un total de 355 millions de dollars... 455 millions de dollars à annoncer au cours des prochains mois de développement immobilier dans les CHSLD, partout au Québec, autant les constructions neuves que les rénovations des installations existantes et un déplacement des populations en hébergement dans les installations hospitalières dans d'autres milieux plus compatibles avec leurs besoins.

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

Pourcentage de lits de CHSLD nécessitant des réaménagements significatifs

M. Charbonneau: Je voulais aborder un autre sujet, mais je vais rester dans ce sujet-là, puis on poursuivra sur l'autre sujet, un peu plus tard. Dans le fond, février 2007, c'est bien, ça va être bon pour les élections, ça, toute la série d'annonces, juste à la fin de l'hiver, au début du printemps 2007.

Mais, au-delà de ça, est-ce que le ministre pourrait déposer son bilan fonctionnel et technique de tous les lits de CHSLD? Parce que ce qu'il serait intéressant de savoir, c'est, sur le parc immobilier de lits en CHSLD privés conventionnés ou publics, quel est le pourcentage... quel est le nombre global et quel est le pourcentage de lits, de lieux qui nécessitent des réaménagements significatifs? Autrement dit, on avait souvent fait état des problèmes de vétusté des lits en CHSLD existants, sans compter le problème du manque de lits. Et le comité Ménard, je pense que le ministre le sait, a identifié ce problème-là. Alors, ce qui serait bien, c'est d'abord d'évaluer l'ampleur du problème: est-ce que c'est 10 %, 50 %, 70 % de nos lits actuels en CHSLD qui nécessitent des corrections, des réaménagements, d'une part?

(Consultation)

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

M. Couillard: Alors, on peut donner des données préliminaires parce que l'analyse est en cours, mais on estime que c'est environ 20 % des lits de CHSLD qui seront touchés par cette opération-là. Parce qu'il y a quand même...

Une voix: Ou hospitaliers.

M. Couillard: ...ou hospitaliers de longue durée dans les hôpitaux. Et également, les privés conventionnés — je voudrais mentionner quelque chose que le député connaît très bien — les privés conventionnés vétustes, on va essayer de les regrouper dans les immeubles neufs, à frais partagés avec le propriétaire, dans une nouvelle approche de collaboration avec les privés conventionnés. Je pense qu'il connaît un dossier d'ailleurs...

M. Charbonneau: Un dossier que je connais bien.

M. Couillard: ...qui lui est familier dans ce domaine-là. Il est donc aux premières loges...

M. Charbonneau: ...derrière vous, le jeune barbu, là.

M. Couillard: On est plusieurs barbus.

M. Charbonneau: On est en bonnes relations à cet égard-là.

Une voix: Dans le fond, on est tous des barbus en puissance.

M. Charbonneau: Bien, c'est ça, on est tous des...

M. Couillard: Oui, on est des barbus potentiels, mais certains laissent aller leur potentialité et d'autres, non.

M. Charbonneau: Ce que vous dites dans le fond, c'est qu'il y a 20 % du parc immobilier de lits de CHSLD au Québec qui doivent faire l'objet de rénovations ou de réaménagements pour les rendre conformes aux standards d'intervention?

M. Couillard: ...déplacement également. Mais effectivement, puis le député de Borduas me pardonnera de relier ça à la question du maintien des actifs. Pendant des années, on accordait pour tout le Québec 40 millions de dollars de maintien d'actifs au réseau de la santé; on monte ça à 250 millions de dollars l'an prochain, récurrents, prévisibles. Alors, je fais juste la remarque que, si on avait suivi la discipline de maintenir le maintien d'actifs au niveau recommandé pendant toutes ces années, on aurait moins de travail à faire actuellement dans les lits de CHSLD. Et les besoins étaient connus depuis longtemps, comme vous le savez, là. D'avoir regroupé, d'avoir fait cette opération de rajeunissement, entre guillemets, des lits, suite à une opération de maintien d'actifs qui maintenant va être récurrente, régulière et prévisible devrait nous permettre, au cours des prochaines années, de beaucoup mieux planifier les dépenses nécessaires.

Prévisions d'ajout de lits dans des CHSLD

M. Charbonneau: ...que ça ne nous donne pas de nouveaux lits, ça rend adéquat ou plus fonctionnel, et ça améliore la qualité des services pour des lits existants. Est-ce qu'on pourrait nous dire combien de lits additionnels on va vouloir ajouter dans le parc immobilier pour...

Et là j'ai une préoccupation que beaucoup de gens ont, parce que ce qu'on a l'impression, c'est que les agences puis le ministère veulent essayer de libérer des places dans des lits de CHSLD pour des gens qui, selon différents critères, ne devraient pas y être. On se dit, dans le fond, je prends un chiffre, là, je n'ai aucune idée, là, du chiffre exact, mais disons que, si on dit qu'actuellement 5 % des personnes âgées en perte d'autonomie se retrouvent dans un CHSLD ou dans un lieu d'hébergement de soins de longue durée, ce qu'on a l'impression, c'est qu'on nous dit: Il y en a peut-être jusqu'à 4 % qui devraient y être, puis il y a des gens dans le fond qui ne devraient pas y être. Moi, je peux à la limite comprendre ça, ce que j'ai de la difficulté à comprendre...

Puis, dans le fond, ça, ça expliquerait ou ça veut expliquer le fait qu'on n'aura peut-être pas besoin d'autant de nouveaux lits parce qu'on va en libérer une partie. La réalité, c'est qu'il y a... l'augmentation de la population âgée va faire en sorte que le 4 % sur la population actuelle de personnes âgées et le 4 % dans cinq ans, dans 10 ans, dans 15 ans, dans 20 ans va être pas mal différent. Et est-ce qu'on a des prévisions, est-ce qu'on peut nous dire, est-ce qu'il y a une planification stratégique au ministère, actuellement, qui nous permettrait de voir pour faire face, là, à la problématique du vieillissement de la population pour les 10 ou 20 prochaines années, quel est le nombre de places de soins de longue durée, combien de lits on va avoir besoin au cours des prochaines années? Et, encore là, dans la proposition dont le ministre a parlé, c'est-à-dire dans son plan à court terme, il va en ajouter combien, par exemple combien au cours, disons, des trois prochaines années, là?

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

M. Couillard: Alors, merci, Mme la Présidente. Effectivement, ça me permet de faire un retour sur le plan d'action parce que c'est exact que le taux d'hébergement institutionnel des personnes âgées est trop élevé actuellement, autour de 4 %, et, la cible justement, c'est de le remettre aux alentours de 3 %, ce qui est une cible que beaucoup d'autres États ont atteint dans le monde.

Maintenant, ça illustre toute l'importance d'avoir attendu de faire un plan d'action pour déterminer ces besoins et non pas de faire le contraire, parce que, si on avait continué mécaniquement, je dirais, à déployer des lits avec un taux d'hébergement très élevé, impossible, on n'y arrivera pas, puis, deuxièmement, ce n'est pas ce que les personnes âgées souhaitent. Alors, maintenant qu'on s'est entendu sur la cible, maintenant qu'on est capable, région par région, de déterminer l'impact des déplacements de population, du vieillissement, de l'application du pourcentage d'hébergement désiré, on est capable donc de faire des calculs de nouveaux lits qui sont certainement moins élevés que si on avait continué l'approche mécanique d'hébergement en institution. Mais je pense que le député de Borduas là-dessus est en bonne... est d'accord avec l'approche qui est envisagée.

Alors, on prévoit l'ajout d'un peu plus de 1 000 lits, de 1 000 lits de CHSLD. Et, cette année, comme je l'indiquais tantôt, il va y avoir une première annonce d'une première phase de trois phases...

M. Charbonneau: ...

M. Couillard: Sur cinq ou six ans.

M. Charbonneau: C'est sur cinq, six ans.

M. Couillard: Sur cinq, six ans, sur la durée du plan d'action. Sur cinq ans, 2005 à 2010.

M. Charbonneau: O.K. Donc, pour la durée du plan d'action, ce que vous prévoyez ajouter au parc immobilier actuel, c'est 1 000 lits seulement.

M. Couillard: Pas seulement, c'est 1 000 lits que ça prend.

M. Charbonneau: Mais ce que je comprends, mais est-ce que le ministre convient... C'est ça que je lui

disais, c'est que: Est-ce que ce 1 000 lits là, parce qu'aujourd'hui c'est une réalité, mais, dans cinq ans puis dans 10 ans puis dans 15 ans, le 3 %, dans le fond il va devoir être calculé sur un nombre beaucoup plus grand de personnes âgées. Alors, aujourd'hui, on peut dire: On a peut-être besoin de moins de lits si on veut désinstitutionnaliser un peu plus, comme le ministre l'indique, mais est-ce qu'on convient que, dans les années à venir, même en gardant le pourcentage à 3 %, ça va être un 3 % calculé sur un plus grand nombre de personnes âgées, et là est-ce qu'on ne va pas avoir besoin de plus que 1 000 lits?

Moi, la crainte que j'ai, là, c'est que 1 000 lits pour les cinq prochaines années, on se retrouve en pénurie et qu'on se retrouve, dans cinq ans, six ans, à avoir le même problème qu'on a actuellement, c'est-à-dire qu'on va devoir utiliser des lits dans les hôpitaux de soins de courte durée pour les faire occuper par des personnes qui devraient être ailleurs. Donc, la préoccupation, c'est: Est-ce que 1 000 lits, ça va nous permettre de faire face à la situation d'augmentation du vieillissement de la population? C'est ça, la question qui est préoccupante, en tout cas.

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

M. Couillard: Bien, effectivement, Mme la Présidente, ces calculs-là sont intégrés, alors... Ces calculs-là sont intégrés sur le nombre absolu de personnes âgées en perte d'autonomie qui vont se présenter en demande de services au cours des cinq prochaines années. C'est certain qu'en 2010 le gouvernement qui sera alors en place aura besoin de faire une autre évaluation pour les cinq années qui vont suivre, compte tenu de la réalité démographique puis ce qui sera arrivé. Mais, si on fait un calcul rapide, le député va voir que la logique est assez ferme quant au nombre de lits qu'on déploie selon l'échéancier qui a été mentionné tantôt, puisqu'on prévoit que chaque année environ 5 000 personnes de plus arrivent en demande de services pour des pertes d'autonomie, mais là-dessus toutes n'ont pas besoin d'être hébergées. Donc, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 3 % d'hébergement signifie 150 lits. C'est pour ça que la première phase couvre déjà deux ans, là, 150 lits fois 2, 300 lits, un peu plus de 300 lits.

M. Charbonneau: Si je comprends bien... Je m'excuse, Mme la Présidente, juste pour qu'on se comprenne bien. Ce que vous dites, c'est qu'à chaque année il y a 5 000 personnes âgées de plus en perte d'autonomie qui...

M. Couillard: De tout degré. À desservir, mais de tout degré de service, ce n'est pas nécessairement...

● *(10 h 30)* ●

M. Charbonneau: O.K., ce n'est pas uniquement en perte d'autonomie.

M. Couillard: Non, non.

M. Charbonneau: Donc, il y a 5 000 personnes âgées de plus en besoin de services de santé qui arrivent dans le fond dans le système. Et sur ce nombre-là, il y en a combien qui... 3 % qui vont nécessiter des soins d'hébergement de soins de longue durée... des services d'hébergement de soins de longue durée. Et le 1 000 lits que vous allez ajouter pour les cinq prochaines années, ça va nous amener à un total de combien de lits en CHSLD? Le parc... le stock global va être de combien dans cinq ans?

M. Couillard: Il y a 40 000 lits actuellement de CHSLD au Québec environ, là, tu sais, à quelques dizaines près, là, donc autour de 41 000, un peu plus de 41 000 lits.

M. Charbonneau: O.K., ça veut dire que vous n'en fermerez pas, là, de lits, là.

M. Couillard: Bien non, il n'a jamais été question de... si vous regardez la... je dirais que la fermeture de lits est d'un autre héritage que le député de Borduas connaît bien, mais je ne tournerai pas le fer dans la plaie. Mais je dirais que c'est surtout... il y a un calcul global puis il y a un calcul régional. Si vous regardez globalement au Québec, on estime qu'on a besoin de lits de plus, pas de lits de moins. Maintenant, si vous descendez au niveau régional et au niveau sous-régional, il peut fort bien arriver qu'au niveau sous-régional on constate qu'on est en excès de lits d'hébergement dans certains secteurs par rapport à d'autres et que ces lits ne soient donc pas fermés mais transformés en services accrus dans la communauté, soit projets novateurs, services à domicile, ressources intermédiaires, mais il n'est pas question de sortir personne des CHSLD.

M. Charbonneau: Ça veut dire que dans les faits, si vous diminuez dans certaines régions où on serait en surplus, vous allez devoir augmenter là où on va être en déficit pour arriver à maintenir le stock actuel, le nombre actuel plus un 1 000 additionnel.

M. Couillard: ...on faisait, de façon neutre, on faisait uniquement compenser les diminutions dans les régions mieux pourvues par des augmentations dans les régions moins pourvues, on resterait très stable à 40 000, mais compte tenu de ce qu'on vient de mentionner, compte tenu du nombre de personnes qui vont se présenter chaque année avec l'évolution démographique, avec un besoin d'hébergement en institution, il faut ajouter des nouveaux lits globalement. On estime et on a calculé de façon, je dirais, assez serrée avec toutes les régions qu'on a besoin de 1 000 lits sur cette période. On ajoute... on débute déjà avec une première étape cette année de 300 quelques lits, et ça va nous permettre de les cibler dans les régions qui actuellement sont en déficit majeur de lits d'hébergement, parce que c'est une réalité globale qui masque des réalités régionales très différentes, dont la Montérégie, par exemple.

Portrait de la répartition des lits de CHSLD par régions

M. Charbonneau: Est-ce que c'est possible d'avoir justement, pour l'ensemble des régions du Québec, un portrait? Autrement dit: Voici le territoire québécois, les régions, là où on est en surplus, là on est en déficit,

les 40 000, ils sont situés où, là où il y a des surplus, il y a des déficits, et le 1 000 qu'on va ajouter dans les cinq prochaines années, on veut les ajouter où, ces 1 000 lits là? Dans le fond, ça va nous permettre, puis ça va permettre à tous les députés de l'Assemblée, de quelque parti qu'ils soient, là, de pouvoir finalement suivre l'évolution pour leur région ou leur comté respectif et ça va permettre une évaluation. Ça, ça...

M. Couillard: Mais dans les cahiers, on a déjà la répartition des lits qui soins prolongés partout, dans toutes les régions, et, lorsque le déploiement va être annoncé, bien on va l'annoncer région par région, notamment, par exemple, pour la Montérégie de l'Est, là, qui est une région... Granby, Cowansville, cette région-là, là, où il y a beaucoup de personnes âgées qui se sont déplacées, qui vont se déplacer pour l'âge de la retraite. C'est là qu'on estime qu'il y a un problème important d'accessibilité à l'hébergement. Mais donc on a déjà le portrait régional, le portrait actuel, mais on va y ajouter le déploiement, lorsqu'on va l'annoncer, et des nouveaux lits et des rénovations fonctionnelles majeures qui, lui, s'appuie sur le bilan fonctionnel et technique dont je parlais tantôt. Alors, on a ces outils-là qui sont en développement très rapide.

M. Charbonneau: Mais le ministre comprend que, pour suivre l'évolution du déploiement du plan d'action puis de cette opération d'ajout de nouveaux lits et de réfection, ce serait utile pour les députés d'avoir le portrait global au niveau des régions. Si, par exemple, dans la Montérégie, moi, je suis un député de la Montérégie, si je sais que, par exemple, il y a... sur le 1 000 lits, il y en a, je ne sais pas, moi, 250 qui sont prévus ou 300 qui sont ciblés dans la Montérégie et... bien là on peut voir, là. Bon, on sait qu'il y en a 300 dans cette région-là qui vont s'ajouter, puis ça peut être intéressant de voir aussi dans les secteurs de la Montérégie, parce qu'ils sont... Est-ce qu'il y a des secteurs qui sont en déficit, il y a d'autres qui sont en surplus, lesquels?

Tu sais, je vois ma collègue la députée de Chambly qui est dans le même territoire de CSSS que moi, puis on a des dossiers communs puis le même type de... en fait, les gens, on a les mêmes personnes à desservir en termes de territoire de santé et de services sociaux, alors ça peut être utile pour nous, là, d'avoir ça comme élément d'information.

M. Couillard: Évidemment, là, il va falloir être patient, parce que, là, on est en train de finaliser tous ces travaux-là. Lorsqu'on va faire les annonces de rénovation fonctionnelle et de nouveaux lits, ça va être disponible région par région. Mais là on va pouvoir constater que les régions sont très, très différentes les unes des autres, parce que, si vous le faites en...

M. Charbonneau: Ça, vous venez de le dire. C'est parce que moi... Vous, vous le savez...

M. Couillard: Oui.

M. Charbonneau: ...puis vous avez les données pour ça. Mais, moi, ce que je trouverais important, c'est que les données que vous avez, qui ne sont pas des secrets d'État, si on pouvait les partager pour qu'on puisse voir un peu... Quand vous allez faire vos annonces, là — et puis un jour, il y a aura peut-être une autre équipe gouvernementale — on va pouvoir suivre aussi l'évolution du plan d'action sur une longue période, là.

M. Couillard: Bien, les travaux ne sont pas tout à fait terminés. Mais ce n'est pas un secret d'État, là, ça va tout être rendu public, mais je dirais que la région du député va être fortement favorisée, parce que la mécanique fait en sorte qu'il y a des régions qui vont avoir beaucoup plus que 1 000 places de plus. Il y en a où il faut faire de la transformation. L'exemple...

Bien, en fait, il y a deux exemples type à donner: Montréal puis la Montérégie. Montréal est un endroit où il faut faire beaucoup de transformation de lits d'hébergement en services dans la communauté, tandis que la Montérégie est un endroit qui a déjà fait cette transformation-là, où il faut avoir de nouvelles places en hébergement et ressources intermédiaires. Alors, là on va voir la différence très nettement.

Participation du privé à la construction et à la rénovation dans le secteur des soins de longue durée

M. Charbonneau: Est-ce que vous pouvez nous dire où est-ce que vous en êtes dans votre — comment je pourrais dire? dans votre — façon d'envisager ces constructions additionnelles là ou ces rénovations-là? Le comité Ménard suggérait au gouvernement d'avoir plus recours au secteur privé pour la construction, parce que dans le fond, là, il y a des établissements publics, il y a des établissements privés conventionnés, il y a des établissements privés non conventionnés, et je présume que les lits que vous voulez ajouter, ils sont dans les publics ou privés conventionnés.

On nous disait, par exemple, qu'il y avait un projet pilote, là, puis il y avait un contractuel qui avait été engagé pour regarder à Saint-Lambert, là, la possibilité de faire un projet pilote. Où est-ce qu'on en est sur ce dossier-là puis où est-ce qu'on en est en général? Est-ce qu'on a une idée de comment on veut procéder, là, pour l'ajout ou la rénovation? Parce que même le comité Ménard suggérait d'avoir recours au privé pas uniquement pour la construction, mais la rénovation aussi.

M. Couillard: Bien, je vais clarifier quelque chose, mais je suis certain que c'est clair dans l'esprit du député, là. Je veux juste être certain que ceux qui nous écoutent comprennent bien que de toute façon c'est le privé qui va construire les lits, là, parce qu'on dit: utiliser le privé. C'est le privé qui va utiliser les lits. C'est le mode de réalisation qui reste à déterminer, qui est soit le mode conventionnel d'endettement classique qu'on fait depuis des années, soit une variante de la formule du partenariat public-privé. Et je dirais que, dans le système de santé, les lits d'hébergement de longue durée se prêtent particulièrement bien à cette formule, parce qu'on peut calculer les coûts stables par lit, par année, de façon beaucoup plus rigoureuse que dans un hôpital de soins aigus, par exemple.

Alors, il y a actuellement, comme il l'a dit lui-même, un projet qui est en évolution à Saint-Lambert.

On est près d'envoyer des appels d'intérêt, là. Alors, ça va nous être riche d'enseignements d'ailleurs pour les 300 lits à faire par la suite, parce que ça va nous permettre de dégager la perception, s'il y a ou non intérêt dans la communauté d'affaires au Québec pour se lancer en partenariat avec le gouvernement là-dessus, et de faire une démonstration de l'impact en termes, je dirais, d'économies à long terme d'une solution par rapport à l'autre. Sans avoir de vue dogmatique sur la question, là, mais je dirais qu'on pressent que, dans le domaine de l'hébergement à longue durée, c'est un domaine dans lequel la formule de partenariat s'applique particulièrement bien.

Rapport, coût et bilan du projet pilote de CHSLD mené à Saint-Lambert

M. Charbonneau: Est-ce que le ministre est en mesure de déposer le rapport du consultant qui avait été sur ce dossier à Saint-Lambert? Puis est-ce qu'il peut nous dire aussi combien ça a coûté, cette étude-là, là?

M. Couillard: Alors, il est clair qu'on ne fera pas ça avant que l'appel d'offres soit déposé, là. C'est parce que, là, on pervertirait complètement le mécanisme de l'appel d'offres. Mais je vais dire qu'on va faire l'appel d'intérêt en juin et l'appel de qualification au mois d'août. Donc, on a des... on ne peut pas le...

M. Charbonneau: O.K. Mais est-ce que je vous comprends bien, est-ce que vous...

M. Couillard: Lorsque l'appel d'offres sera réglé, déposé...

M. Charbonneau: Pour le projet de Saint-Lambert, là.

M. Couillard: ...pour le projet de Saint-Lambert...

M. Charbonneau: Donc, vous avez déjà décidé que, dans ce cas-là, le rapport du consultant... vous allez de l'avant, puis vous allez donc faire l'expérience?

M. Couillard: Oui, d'abord parce que le rapport est favorable, puis deuxièmement parce que c'est une façon de développer... Il n'y a pas d'expérience dans le réseau de santé, sur cette question-là, au Québec, alors qu'elle existe ailleurs. Je pense qu'en Ontario, si je me souviens bien, c'est 20 000 lits qui ont été développés de cette façon-là, et, tu sais, il n'y a pas eu de révolution là-bas, ça s'est très bien fait. Alors, on utilise le projet de Saint-Lambert pour bâtir l'expertise, juger de l'intérêt, encore une fois, des partenaires et par la suite l'appliquer potentiellement aux 300 quelques lits qui restent à bâtir.

M. Charbonneau: Juste pour qu'on comprenne bien, là. Actuellement, en général, c'est la Corporation d'hébergement du Québec qui est le maître d'oeuvre et le bailleur de fonds gouvernemental, dans le fond, des projets, puis, en général, actuellement, même les privés conventionnés, dans le fond, c'est des locataires d'établissements construits par la Corporation d'hébergement du Québec.

● *(10 h 40)* ●

Dans le cas de Saint-Lambert, dans le fond, qu'est-ce qui va changer? Est-ce que ça veut dire que finalement ce ne sera pas la Corporation d'hébergement du Québec qui va construire, ça va être le privé carrément et qui va à la fois construire et opérer sur la base d'une convention, c'est-à-dire ça rester des privés conventionnés?

M. Couillard: C'est-à-dire qu'il faut faire une différence avec la formule privé conventionné. Puis le député sait que, depuis quelques années, il y a un moratoire sur le développement de nouveaux lits dans cette formule-là. Pourquoi? Parce qu'on s'est rendu compte qu'en fait ce n'était pas l'exemple idéal de partenariat où on veut arriver parce que la définition du partenariat, c'est définir un partage équitable des risques. Or, dans la formule privé conventionné, nous considérons que le risque n'est pas équitablement partagé entre le contribuable et le partenaire et que le risque est beaucoup plus du côté du contribuable que du partenaire pour plusieurs raisons.

Alors, la formule de partenariat public-privé fait en sorte que l'entreprise fait une proposition qui inclut le financement, l'argent nécessaire pour la construction, et que ça inclut également, sous réserve toujours de vérification de qualité, de normes de qualité connues et les conditions de travail des personnes qui sont engagées pour faire le travail, un engagement également sur le fonctionnement d'édifices pour la durée de l'entente et également — et je reviens là-dessus parce que j'en ai parlé au sujet du CHUM et du CUSM — un engagement ferme pour éviter la détérioration des bâtiments, le maintien du bâtiment en excellent état de sorte que, lorsqu'il revient à la propriété de l'État, au terme de l'entente, il est en état comparable ou presque à un édifice neuf.

M. Charbonneau: Est-ce que... Parce que vous me devancez, moi, je voulais aborder le dossier des hôpitaux universitaires, je le ferai dans le prochain bloc, là, Mais, juste pour terminer ça, est-ce que ça veut dire que, sur le cas de Saint-Lambert, ça va être une expérience pilote miniature de ce que vous voulez faire pour les hôpitaux universitaires?

M. Couillard: Non, c'est très différent, hein? Parce que des hôpitaux universitaires, on a déjà dit qu'on se bornait tout simplement à la coquille de l'édifice puis au maintien des actifs immobiliers, sans rien d'autre à l'intérieur de l'établissement. Le partenariat en hébergement, que ce soit le privé conventionné qui existe déjà ou autre, inclut également le fonctionnement du centre. Alors, c'est totalement différent. On ne prendra pas l'expérience de Saint-Lambert pour l'appliquer aux CHU parce que c'est deux réalités complètement, totalement différentes. Cependant, on va prendre l'expérience de Saint-Lambert comme étant une façon de jauger l'intérêt du milieu de la construction au Québec pour cette formule-là et par la suite l'appliquer aux autres lits de soins prolongés qu'on veut développer, les nouveaux lits de soins prolongés dont j'ai parlé tantôt.

La Présidente (Mme James): Alors, Mme la députée de...

État d'avancement des projets novateurs

Mme Legault: Pour faire suite à la discussion que nous venons d'avoir, on sait qu'il y a une nécessité certainement pour que les ressources d'hébergement existantes s'adaptent et pour qu'on puisse justement tenter d'absorber le choc démographique qui est devant nous de façon plus efficiente. Je sais qu'en mai 2003 il y avait un montant de 4 millions de dollars qui avait été annoncé pour le développement de nouveaux types de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel et que c'était la première de trois phases qui allaient totaliser 12 millions de dollars, pour 32 projets qui rejoignaient plus de 500 usagers.

Alors, M. le ministre, où en sommes-nous et que pouvez-vous nous dire de plus sur les projets novateurs?

M. Couillard: Alors, merci, Mme la Présidente. Effectivement, c'est une formule d'hébergement ou alternative à l'hébergement plutôt qui est très prometteuse et qui a déjà commencé à être déployée sur notre territoire où on a, finalement, effectivement, sur trois phases, 12 millions de dollars pour 32 projets.

Il faut d'abord parler d'abord du besoin auquel nous voulons répondre en créant ces projets-là. Il y a d'une part — et on revient encore sur la question de l'évolution du système de santé dans le domaine de la perte d'autonomie associée au vieillissement, dans une direction qui va à l'écart de l'hébergement institutionnel, vers des projets de ressources alternatives — soit des ressources intermédiaires ou des projets novateurs, dans lesquels c'est le système de santé du Québec qui assure vraiment le suivi des services à la population à mesure que la perte d'autonomie augmente. Alors, en pratique, ce que ça signifie, c'est que le soutien de 12 millions se transmet, se traduit par une subvention aux CSSS pour déployer les services sur place, dans le projet, avec le partenaire qui est soit une coopérative d'habitation, soit une municipalité, soit une résidence privée existante.

Il y a également un autre besoin auquel ça répond, et c'est particulièrement important dans les régions plus rurales, c'est les petites communautés, les petits villages où souvent les personnes âgées doivent quitter pour aller dans les CHSLD de plus grande taille dans la ville centre. Alors, pour éviter ce déplacement de personnes âgées et des familles, les familles et les communautés, et les petites communautés en particulier, préfèrent que les personnes âgées restent chez elles, dans leur milieu naturel.

Alors, les projets novateurs sont particulièrement bien adaptés à la nécessité ou au besoin de garder les gens dans les communautés locales. Et également, je dirais, les couples... c'est une situation qu'on oublie souvent. Souvent — et le député a certainement eu des cas semblables — lorsqu'une personne du couple doit aller en CHSLD, bien souvent le couple est séparé après 40, 50 ans de vie commune. C'est dramatique, hein? Alors, dans les projets novateurs, on permet de garder les couples ensemble pour la durée de la perte d'autonomie et on arrive maintenant à garder les personnes en lourde perte d'autonomie, avec le soutien du CSSS, dans ces milieux-là.

Pour donner quelques chiffres, ça représente donc 32 projets, 509 usagers qui sont actuellement dans ces endroits-là, dans, à toutes fins pratiques, toutes les régions du Québec. Je pourrais donner le renseignement pour la région de la Montérégie si le député de Borduas est au courant. Il y a quatre projets actuellement pour 44 usagers en Montérégie.

D'ailleurs, c'est la région dans laquelle il y a le plus de projets actuellement. C'est intéressant parce que c'est une région qui avait déjà innové beaucoup pour l'hébergement, et qui continue à le faire et à devancer le développement dans cette région-là.

Le suivi, bien sûr. Le suivi de l'analyse de ces projets-là est très importante. C'est quelque chose de nouveau, donc qu'on veut étudier. Il y a une cueillette d'informations semestrielle qui s'effectue. Il y a un comité de suivi de l'évaluation qui est en place, et l'objectif, c'est de mesurer l'efficacité des modèles présentés, la pertinence et évidemment la satisfaction des gens, identifier les facteurs qui favorisent ou contraignent la mise en place, bien sûr.

Le montant prévu pour l'évaluation des projets est de l'ordre de 250 000 $, incluant les frais de 5 % pour la gestion du processus d'envoi par les fondations de recherche.

Pour être complète, l'étude devra explorer les modèles novateurs existants, franchir les frontières du Québec et comprendre une analyse des alternatives développées au niveau national et international. Donc, on est prêts à bonifier l'expérience selon les constats qui sont faits chez nous, mais également les constats qui sont faits dans d'autres pays. Une comparaison que je fais souvent qui va intéresser le député de Borduas, je crois: c'est qu'au Danemark, par exemple, il est, à toutes fins pratiques, illégal d'institutionnaliser une personne âgée parce qu'on a développé avec les années toutes sortes d'autres alternatives qui permettent de remplacer l'hébergement institutionnel.

Alors, il y a beaucoup d'intérêt, on le sait, actuellement sur ces projets-là, et des partenaires éventuels, et des médias, et on constitue donc une trousse d'information pour le réseau également qui permet de les outiller pour évaluer, suivre et développer ces projets-là.

Maintenant, pour l'avenir, on a déployé ces projets-là à l'aide d'une subvention de 12 millions de dollars. Je relis ce que je disais tantôt, je veux dire la nécessité de transformer certains lits de soins prolongés en ressources alternatives et particulièrement à Montréal, voici un exemple de ce qui doit être fait au cours des prochaines années, de prendre une partie des lits excédentaires de CHSLD et de les transformer dans ces projets novateurs là. Ils sont, je crois, un très bel exemple de partenariat entre le système de santé et différents types de partenaires d'ailleurs, pas uniquement des partenaires privés, pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées en perte d'autonomie.

La Présidente (Mme James): ...c'est terminé?

M. Couillard: Oui.

La Présidente (Mme James): O.K. Alors, Mme la députée de Chambly, allez-y.

Nature et bilan des visites d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie des personnes en perte d'autonomie

Mme Legault: Oui, merci. Sur le même sujet encore, j'aimerais qu'on aborde la question des visites d'appréciation de la qualité des services dans les différents milieux de vie, que ce soient les CHSLD, les ressources intermédiaires dont on a parlé plus tôt ou les ressources de type familial. La loi vous autorise, M. le ministre, à mettre en place une démarche pour apprécier la qualité, et j'aimerais que vous nous décriviez un peu premièrement comment ça se passe, quels sont les constats qui sont observés et surtout quelles sont les actions et les mesures qui sont mises en place et qui font suite à ces visites d'appréciation.

M. Couillard: Bien, merci, Mme la Présidente. Pardon. D'ailleurs, je rencontrais, il y a quelques jours, M. Brunet, du Conseil pour la protection des malades, qui témoignait encore une fois de l'utilité et de la pertinence de ces visites d'appréciation. Il s'inquiétait même de la perception qu'on pourrait avoir au ministère des déclarations que certains établissements ont faites quant au degré de sévérité apparemment élevé de ces visites-là. Nous avons rassuré M. Brunet en disant qu'il n'était pas question de diluer la formule ni même bien sûr de la réduire.

Il s'agit d'une visite qui vise à améliorer la qualité. Je pense que c'est quelque chose d'important à dire dès le début. Il ne s'agit pas d'identifier les établissements en difficulté uniquement pour le plaisir de le faire, ou quelque plaisir qu'il puisse y avoir là-dedans, mais de les faire prendre conscience des difficultés qu'ils ont et de les amener à entreprendre une approche d'amélioration de la qualité.

● *(10 h 50)* ●

D'ailleurs, j'ai eu l'occasion de vivre très concrètement le résultat de ces visites-là il y a quelques jours à peine où j'étais en Mauricie, où j'ai rencontré la direction de l'établissement du Trifluvien, parmi laquelle la Résidence Cooke avait fait l'objet d'un rapport d'évaluation extrêmement défavorable, rapport d'évaluation qui s'est suivi par la suite d'un plan d'action rigoureux, d'une inspection ministérielle qui fait en sorte que maintenant l'établissement, deux ans plus tard, reçoit des éloges de toutes parts, y compris des familles des usagers qui y sont. Et il y a eu des témoignages d'ailleurs très émouvants sur cette question-là, incluant des témoignages des employés et du syndicat. Donc, on voit que, lorsque bien utilisées, ces visites envoient un message utile et permettent à l'établissement d'améliorer la qualité de ses services.

Alors, on sait que cinq équipes sont en place. Il y a déjà plusieurs centres d'hébergement qui ont été débutés. Ça a commencé en janvier 2004. D'ailleurs, je profite de l'occasion pour remercier les personnes de toutes provenances qui donnent de leur temps pour faire ces visites. Il y a un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux, un représentant de l'agence concernée, mais, ici, deux représentants extérieurs au réseau de la santé, un du Conseil pour la protection des malades ou de la Fédération québécoise des sociétés Alzheimer et un représentant de la table de concertation des aînés. Il n'y a qu'un avis de 24 heures qui est fait. Sur place, on observe la situation, on rencontre quatre groupes: les résidents, familles et bénévoles, les comités de l'établissement, les employés, la direction générale et le représentant du conseil d'administration. Suite à la visite, un rapport est fait. Le rapport est transmis à l'agence, peut... un plan de correctifs qui est nécessaire et de transmettre ce plan au ministère dans les 60 jours.

Alors, à la première année, il y a 47 visites qui ont été faites entre les mois de janvier et mai 2004; la deuxième année, 47 visites entre novembre 2004 et juin 2005; troisième année, 39 visites entre novembre 2005 et la fin d'avril 2006. Il y a huit visites à être réalisées d'ici la fin du mois de mai, pour un total de 48 visites. Donc, on a déjà visité presque 150 établissements depuis 2004.

Alors, les plans d'action sont produits immédiatement lorsque la visite le recommande. On sait maintenant que le suivi donné aux recommandations formulées est fait. 64 % des recommandations adressées aux établissements ont été réalisées en totalité ou en grande partie. On sait que celles qui concernent l'environnement physique est de plus longue haleine, et je viens d'en parler au cours de la dernière intervention, pour la planification des travaux de rénovation fonctionnelle majeurs et de construction de nouvelles installations; la nomination d'un conseiller milieu de vie dans chacune des agences et dans chacun des établissements à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux; et l'annonce également d'un investissement de 1 million de dollars sur deux ans pour les activités de formation. On sait que la formation est particulièrement importante dans ce domaine-là.

Qu'est-ce qu'on a constaté surtout lorsqu'on a fait ces visites? D'abord, sur le plan de l'environnement humain, c'est que la culture d'institution plutôt que le milieu de vie est encore présente dans plusieurs établissements; que le personnel manque de support et d'encadrement pour répondre efficacement aux besoins complexes de certains types de personnes; et les gestionnaires ont besoin de soutien et de formation pour s'approprier donc ce concept de milieu de vie; l'environnement physique fait l'objet de lacunes, on en a parlé tantôt; l'adaptation des services selon les profils des personnes, qu'on parle de jeunes handicapés et de personnes âgées en perte d'autonomie, par exemple; les droits des résidents doivent être mieux connus et diffusés et le comité d'usagers doit avoir une présence très concrète dans l'établissement et avoir une voix très forte au niveau de la direction de l'établissement.

On a également mis en place des visites d'appréciation dans les ressources intermédiaires et de type familial. Il y a 11 équipes qui réalisent des visites: trois en santé mentale, trois en déficience intellectuelle, trois pour les personnes âgées, deux en jeunesse. Toujours le même modèle: le représentant du ministère et de l'agence mais également un représentant d'une organisation nationale préoccupée par la qualité des services ou la défense des droits, et un représentant d'une organisation de la région visitée préoccupée par la même question. Avis de 48 heures donné à l'établissement. Il y a 32 ressources qui sont rencontrées en groupe, 16 ressources de type familial et 16 ressources

intermédiaires, un maximum de huit ressources visitées par l'équipe.

Le suivi est absolument identique aux CHSLD: plan d'action, mise en place également et suivi du plan d'action. 53 visites ont été réalisées entre juin et fin avril 2006; 16 en clientèle personnes âgées, 5 en clientèle jeunesse, 16 en santé mentale, 16 en déficience intellectuelle, trois prévues en mai, pour un total de 56 visites à la fin du calendrier. Donc, une analyse systématique de la situation sera réalisée quand toutes les visites seront effectuées.

Troisième élément ajouté également, les visites d'appréciation dans les centres jeunesse. Encore une fois un processus similaire à celui des CHSLD: un représentant du ministère et de l'agence, mais également un représentant des centres de la petite enfance, du milieu scolaire ou des maisons de jeunes, des parents usagers des centres jeunesse, un représentant des jeunes usagers des centres jeunesse également. Donc, on voit que la démarche est identique sur le plan du concept, donc des équipes mixtes qui ne sont pas uniquement des équipes du réseau, mais également des personnes représentant les personnes qui sont servies dans ce type d'installations là.

Il y aura, à l'automne 2006, un rapport pour les visites réalisées en CHSLD lors de l'an 2 et de l'an 3; la production du rapport des visites en ressources intermédiaires, ressources familiales et protection de la jeunesse; et la production d'un bilan du suivi donné aux recommandations lors de l'an 1 et l'an 2.

Je pense que, là, Mme la Présidente, il y a un élément majeur de l'amélioration de la qualité des services, et on voit que l'action du ministère de la Santé et des Services sociaux s'est déployée dans tous les milieux qui hébergent les clientèles vulnérables, soit les personnes en perte d'autonomie, les déficients intellectuels, les personnes avec des problèmes de santé mentale et les jeunes en difficulté qui maintenant bénéficient, je dis bien, bénéficient, parce que c'est pour l'intérêt de l'établissement et des personnes qui y résident que ces visites sont faites, dans le but d'améliorer constamment la qualité des services qui sont donnés.

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

Projets de centres hospitaliers universitaires à Montréal

Motifs de la hausse des coûts estimés

M. Charbonneau: Merci bien, Mme la Présidente. Bien, comme je l'avais annoncé, je suis un peu en transition, là. On parlait des immobilisations tantôt, on parlait d'expérience pilote qui va être menée pour un projet de CHSLD privé à Saint-Lambert. Je posais la question au ministre tantôt, la corrélation avec les projets d'hôpitaux universitaires, alors on va aborder justement ce gros dossier.

D'abord, par rapport à l'annonce qui a été faite au mois d'avril dernier, là, de la construction des hôpitaux universitaires pour un total de 3,6 milliards, est-ce que le ministre pourrait nous expliquer qu'est-ce qui s'est passé entre le mois de juin 2004, où il avait annoncé un projet de 1 milliard moins dispendieux en nous disant à l'époque que finalement toutes les vérifications avaient été faites et que ça ne dépasserait pas ce montant-là? Pourquoi dans le fond, un an et demi plus tard, on se retrouve avec un projet de 3,6 milliards, donc 1 milliard et un peu plus de prévu par rapport à un projet qui, semble-t-il et selon les annonces que le ministre avait faites le 23 juin 2004, était déjà bien ficelé? Donc, qu'est-ce qui s'est passé, là, pour que ça augmente la facture de 1,1 milliard en si peu de temps et sans qu'il n'y ait encore un début de construction, là?

M. Couillard: Alors, c'est une question intéressante, Mme la Présidente, ça permet de répéter certaines données importantes. Plusieurs choses ont attiré notre attention, d'abord une lecture attentive du rapport de la Vérificatrice générale suite au fiasco du métro de Laval, parce que... — que le député connaît bien — toutes les remarques de la Vérificatrice nous ont décidés de les intégrer dans la divulgation des coûts. Et pourquoi il y a eu un changement entre les coûts présentés en juin 2004 et ceux qui ont été présentés en avril? Je le répète: C'est parce que nous avons décidé, par transparence, de divulguer l'ensemble des coûts à la population. Et je lance un défi au député de Borduas de nous donner un seul exemple autre de construction publique, dans les dernières années, où tous ces coûts ont été divulgués. Parce que, s'il fait la comparaison des évaluations de juin et même avant, parce qu'il y a eu des commissions multiples qui ont fait des études sur les hôpitaux universitaires, il va constater que le coût de construction lui-même est resté remarquablement stable, le coût de construction des trois installations est à peu près le même. Ce qui s'ajoute, c'est la divulgation des coûts associés à l'inflation, l'inflation du milieu de la construction qu'il est très difficile de prévoir. C'est la raison pour laquelle j'ai exprimé clairement en conférence de presse que ce n'était pas une évaluation finale parce que l'effet de l'inflation dans le milieu de la construction est inconnu, on l'évalue sur une base historique, mais quel sera le prix de l'acier dans trois ans, quelle sera la surchauffe du marché de la construction à Montréal, à ce moment-là, c'est très difficile de l'évaluer. On a fait une évaluation par le travail de M. Gignac, qui est une évaluation sur base moyenne, compte tenu de l'expérience historique à l'inflation.

Les contingences, qu'est-ce qu'on doit regarder selon les critères et les normes du milieu de la construction comme réserve de contingences pour chacun de ces projets-là. Puis on sait d'ailleurs, et c'est ce que M. Gignac expliquait, que la réserve de contingence diminue à mesure que le degré de préparation du projet s'accentue, de sorte qu'actuellement la réserve de contingences est élevée parce qu'il y a encore des éléments qui manquent et qui ne seront connus que lors de l'ouverture des appels d'offres et la construction.

Également, on a inclus les coûts d'équipements mobiliers, des meubles, des équipements médicaux et les équipements de technologies de l'information... Le député de Borduas sait bien que, lorsqu'on fait les annonces dans le système de santé, on annonce en général que le coût de la construction.

Donc, pour rester dans le même mode, on aurait pu annoncer des projets d'à peu près 850 millions fois 2, qui sont le coût de la construction, et dire aux citoyens:

Bien, plus tard, on vous parlera du coût des équipements, on vous parlera des coûts des technologies de l'information. Et on ne parle pas du tout, parce que ça n'a jamais été le cas... Encore une fois je lance un défi au député de trouver un cas semblable. Jamais un gouvernement n'a divulgué une évaluation des coûts associés à l'inflation et aux contingences, nécessairement.

Donc, je pense que c'est tout à l'honneur du gouvernement d'avoir fait ça, et ça devrait rassurer les citoyens quant au sérieux de la démarche, démarche qui n'est pas faite par moi, moi, je ne suis pas un expert en construction de projets. Alors, on a engagé quelqu'un qui est M. Clermont Gignac, qui a 30 ans d'expérience dans le domaine, qui s'entoure d'un comité aviseur dans lequel il y a des gens qui ont tous géré des projets d'au moins 1 milliard et qui vont nous éviter de faire des erreurs, le plus possible de faire les erreurs qui ont été commises dans le passé.

● *(11 heures)* ●

M. Charbonneau: Mais quand le ministre me dit ça, moi, je comprends bien sa réponse. La seule chose que je comprends aussi par ailleurs, puis il doit le reconnaître, c'est que, quand il a annoncé en juin 2004, ce n'était pas nous qui l'avions annoncé puis c'était sous votre gouvernement, ça faisait déjà plus qu'un an que vous étiez au pouvoir, vous aviez mis de côté les choix que nous avions faits de sites, etc., puis vous avez fait les vôtres, vous avez fait les annonces, puis à ce moment-là vous disiez que c'était ferme. Ça veut dire que les éléments de réponse que vous me donnez aujourd'hui pour justifier que vous avez fait bien les choses, ça veut dire qu'en juin 2004 vous ne les aviez pas très bien faites et que dans le fond votre affaire n'était pas si bien attachée que ça. Vous avez constaté que vous aviez fait, dans le fond, des erreurs d'appréciation importantes et que le processus manquait de rigueur, et là vous vous êtes repris puis vous arrivez un an et demi plus tard avec une correction de tir de 1 milliard de plus.

Parce que je ne comprends pas, là, tu sais. De deux choses l'une, ou bien cette approche-là devait prévaloir en juin 2004 quand vous avez annoncé des coûts fermes, puis, à ce moment-là, vous avez dit: Il n'y aura pas de dépassement. Ce n'était pas nous autres, là, qui avions annoncé ça, c'est vous, là. Puis, un an et demi plus tard, là, on se retrouve avec un gros dépassement. Là, vous dites: Bien, on pourrait expliquer ça. On a bien fait nos devoirs, mieux qu'avant, etc. Est-ce à dire que vous ne les aviez pas bien faits quand vous avez fait l'annonce en juin 2004?

M. Couillard: Mais encore une fois, Mme la Présidente, il n'y avait pas de directeur exécutif à ce moment-là. Et plus le député de Borduas va utiliser les termes qu'il utilise, et notamment le terme «dépassement», il n'y a pas de dépassement ici. Les coûts de la construction sont restés exactement les mêmes. On essaie de changer la culture de communication entre le gouvernement et les citoyens sur les projets de construction. Alors, les interventions du type de celle que vient de faire le député de Borduas visent à amener le gouvernement à retourner dans l'ancienne culture de non-divulgation des coûts à la population.

M. Charbonneau: Je veux juste qu'on se comprenne bien, je comprends le ministre, là...

M. Couillard: Bien, je veux juste terminer. Parce qu'il est clair...

M. Charbonneau: Juste pour qu'on se comprenne bien, je comprends votre approche, là. La seule chose que je vous dis, puis c'est un constat, c'est que, quand vous nous annonciez que c'était ferme en juin 2004, ça veut dire que, dans le fond, ce n'était pas ferme puis que vous avez constaté que le changement de culture dont vous me parlez, vous ne l'aviez pas fait. Là vous avez mis un directeur de chantier puis vous avez mis sur pied un comité.

C'est juste pour dire que finalement, cet exercice-là, vous l'avez fait après avoir annoncé votre affaire en juin 2004 et avoir promis à tout le monde qu'il n'y aurait pas de dépassement, puis que c'était ferme.

M. Couillard: Il n'y a pas de dépassement. Il n'y a aucun dépassement du projet.

M. Charbonneau: Bien, oui, mais 1,1 milliard, là, ce n'est pas rien, là.

M. Couillard: Non, parce que classiquement, puis je vais expliquer ça aux citoyens, classiquement on aurait fait comme d'habitude, on aurait dit: Effectivement... J'aurais pu monter une annonce, là, de façon tout à fait crédible et correcte avec exactement les mêmes coûts que j'ai annoncés en juin 2004. Et ça, c'est la façon classique dont ça aurait été fait. Puis dans quelques années, on aurait dit aux citoyens: Bien, on a oublié de vous dire que naturellement il fallait parler de l'inflation, des contingences. Il n'y a jamais un gouvernement qui a fait ça.

Alors, ce qui nous a permis de le faire, c'est deux éléments: d'abord, la revue des expériences passées, puis je ne rappellerai pas la douleur du métro de Laval qui est bien connue, mais également la nomination d'un directeur exécutif. C'est la première fois qu'un gouvernement au Québec se dote d'une structure de gestion de ce type-là pour un grand projet d'immobilisations. Alors, effectivement, en juin 2004, il n'y avait pas de programme fonctionnel et technique approuvé, il fallait poursuivre les études. Et je remarque que les coûts de construction sont restés exactement les mêmes par rapport à cette période-là. Et encore une fois, on aurait pu en rester là.

D'ailleurs, à l'époque, certains éléments des milieux hospitaliers concernés nous disaient: Bon, bien, ça va, envoyez-nous le budget, puis on fait le projet. Une chance qu'on n'a pas fait ça. Parce qu'effectivement on serait déjà en train de corriger les coûts, alors que les projets auraient commencé avec l'engagement de professionnels, et tout ça.

Là, on a, je dirais, une évaluation qui est beaucoup plus sérieuse. Et ce que je souhaite maintenant, c'est qu'on prenne exemple de cette façon de faire dans l'avenir: que, chaque fois qu'il y aura un grand projet de construction au Québec, qu'on fasse toujours la même chose, qu'on nomme quelqu'un dont c'est le métier, de s'occuper de coordonner le projet,

qu'il s'entoure d'experts également du milieu de la construction et qu'on divulgue tous, tous les éléments.

Je rappelle finalement que le rapport du V.G. du métro de Laval est sorti en juin 2004, presque simultanément à l'annonce des coûts de construction qui se sont ajoutés par la suite. Alors, j'engage le député de Borduas à relire — non pas par torture, là, je ne lui dis pas ça comme ça, là — mais de relire le rapport du Vérificateur général sur le métro de Laval parce que, là, il y a un blâme qui est non seulement le blâme pour le gouvernement qui était là à l'époque, mais de l'ensemble de la culture gouvernementale de gestion de grands projets. Et c'est sorti en juin 2004 aussi.

Règles concernant les conflits d'intérêts potentiels des experts-conseils associés au directeur administratif

M. Charbonneau: Encore une fois, je comprends la réponse. La seule chose que je vous dis, puis je vais passer à une autre question là, la seule chose que je vous dis, c'est que tout ça n'était pas en place et, semble-t-il, n'était pas important quand vous avez fait la première annonce. Après ça, vous avez corrigé votre tir, puis vous dites: Aujourd'hui, on a bien fait nos devoirs puis on a mieux fait. Très bien, on vous jugera au mérite, comment le projet évoluera. La seule chose que je constate, c'est qu'il y avait une sacrée différence entre ce que vous avez dit en juin 2004 puis ce que vous avez dit en avril 2006.

Ceci étant, vous avez parlé du comité de M. Gignac, on a eu la demande d'accès... en fait, par les crédits, là, les renseignements qu'on voulait avoir, vous nous avez fourni enfin la liste des membres de ce comité-là. Il nous coûte combien, ce comité-là, d'une part, et puis pour chacun des membres, y compris pour M. Gignac?

Puis deuxièmement, quelle est l'assurance que le gouvernement a obtenue des membres de ce comité-là que, dans l'avenir, aucune de ces personnes-là ne sera appelée à être associée — parce que, là, vous avez décidé d'utiliser la formule des PPP; ne sera appelée à être associée — d'une façon ou d'une autre à une firme qui serait contractuelle ou qui serait engagée pour la réalisation du projet. Est-ce que ces gens-là ont donné des garanties que, s'ils agissent comme experts à cette étape-ci, ils ne se retrouveront pas plus tard experts de firmes privées qui vont avoir des contrats, et puis qui vont soumissionner, puis qui vont finalement être dans le dossier de la réalisation, là?

M. Couillard: Alors, Mme la Présidente, on a suivi les règles du Conseil du trésor là-dessus, incluant une demande de divulgation de conflit d'intérêts potentiel. Mais il faut faire attention de pas tuer le bébé avec l'eau du bain, là. On a énormément besoin de ces gens-là pour accentuer le sérieux de la démarche de planification. On leur en ai reconnaissants, de donner leur temps pour venir s'asseoir avec Clermont Gignac pour planifier les choses. On va s'assurer bien sûr que tout est fait dans les règles, selon les règles du Conseil du trésor, incluant la divulgation de conflits d'intérêts potentiels, et on verra, à ce moment-là, qu'est-ce qu'il en ressort. Mais j'indique cependant que le processus qui suit, par exemple l'élaboration du plan d'affaires, ce comité-là n'est pas impliqué dans l'élaboration du plan d'affaires. C'est Clermont Gignac lui-même et son équipe de même que l'Agence des PPP qui va le faire. Alors, le processus, le rôle du comité aviseur est séquentiel au moment critique où M. Gignac et son équipe ont besoin de conseils. Et d'ailleurs tout ça est disponible, je crois, là, ils sont...

Rémunération du directeur administratif et des membres du comité d'experts-conseils

M. Charbonneau: Et ils nous coûtent? Ils font tous ça bénévolement?

M. Couillard: Ils sont sur la base horaire, à la réunion, là, puis on pourra fournir les renseignements sans problème à la commission. Mais je mentionnerais avec un sourire en coin que c'est pas mal moins que la SICHUM.

M. Charbonneau: Écoutez, moi, je ne veux pas comparer, je veux juste savoir: Ils nous coûtent combien? Puis est-ce que c'est possible d'avoir de l'information, on finit l'étude des crédits demain, du ministère, est-ce que, d'ici à demain, on pourrait avoir les informations?

M. Couillard: Oui. On m'indique qu'on pourra transmettre la demande.

M. Charbonneau: Puis les déclarations d'intérêts, est-ce qu'elles pourraient être déposées à la commission?

M. Couillard: On a demandé qu'elles soient préparées, là, je ne peux pas m'engager à ce qu'elles soient déposées demain, là. Mais, pour ce qui est des dépenses détaillées, oui.

Je relève également un point qui m'apparaît important, c'est que, dans l'élaboration des coûts des projets que M. Gignac a faite puis qu'on a présentée, le montant de gestion de projets, en pourcentage, si je me souviens bien du pourcentage, est de l'ordre de 1,8 %, ce qui correspond, là, aux normes des grands projets. Donc, on a vérifié que le pourcentage attribué à la gestion du projet ne soit pas en haut d'une certaine norme reconnue pas tous dans le milieu de la construction. Donc, sur l'ensemble du projet, 3,6 milliards, là, il y a... — et c'est public, M. Gignac a publié ces chiffres-là lorsqu'il a fait la conférence de presse — la gestion de projet représente 46,4 millions. Alors, ça correspond tout à fait, je dirais, à la norme dans le milieu de la construction.

Contribution du gouvernement fédéral et du secteur privé au budget de construction

M. Charbonneau: Bon, avant de parler du mode de construction, je voudrais continuer un peu dans le budget. Bon, vous avez indiqué que le coût total serait de 3,6 milliards, il y aurait 2,3 milliards qui viendraient du gouvernement du Québec et 1,3 milliard à trouver. Et puis là vous avez récemment indiqué que vous auriez 200 millions, 100 millions par projet, du gouvernement

fédéral. Est-ce qu'il y a une entente qui a été signée formellement avec le gouvernement canadien? Puis, dans les faits, là, quand on pense que le gouvernement fédéral a beaucoup de surplus, ne trouvez-vous pas que 200 millions pour un projet de 3,6 milliards, ce n'est pas beaucoup de contribution de nos taxes et de nos impôts qu'on paie à l'autre niveau de gouvernement? Est-ce que notre retour de nos contributions fédérales ne pourrait être plus grand? Parce que, là, la question... par rapport à celle-ci, c'est, si le gouvernement fédéral met 200 millions plus... il y a un autre montant à déterminer pour Sainte-Justine, si je comprends bien, bon, je ne sais pas combien, mais disons un autre 100 millions, et vous pourrez me donner une précision, il vous reste encore 1 milliard à trouver, là.

● *(11 h 10)* ●

Et ce qu'on sait, c'est que c'est variable, là, la contribution du privé. Autrement dit, le mécénat, là, actuellement, là, c'est à géométrie variable. Le ministre disait récemment: Ça va bien pour McGill, mais ça ne va pas très bien pour l'Université de Montréal. Et où est-ce qu'on en est dans la collecte de fonds privés? Les mécènes, où sont-ils? Puis actuellement leurs engagements se chiffrent à combien? Puis autre question aussi complémentaire, c'est que, si jamais ils ne livrent pas la marchandise comme c'est souhaité, qui c'est qui va payer? Alors, qu'est-ce qu'on prévoit si jamais le mécénat n'est pas au rendez-vous à la hauteur du milliard? Parce que, écoutez, 3,6 milliards, 1,3 sur 3,6, c'est pas mal d'argent. Ça veut dire qu'il y avait comme un gros morceau qui n'était pas encore attaché, là, quand vous avez fait cette annonce-là, puis qui peut être préoccupante, là.

M. Couillard: Bien, c'est tout à fait normal qu'il en soit ainsi. Il y a deux parties dans la question du député: il y a la question des fondations et la question de la participation du gouvernement fédéral. Alors, pour ce qui est des fondations, c'est des levées de fonds qui s'échelonnent sur plusieurs années. Alors, on sait qu'elles vont se réaliser. L'Université McGill, pour des raisons historiques surtout, est plus avancée que le CHUM, mais Sainte-Justine a réalisé déjà sa levée de fonds. Moi, je n'ai aucun doute que le CHUM va réaliser sa levée de fonds également, d'autant plus qu'on vient de donner véritablement concrètement le début des travaux.

Le député de Borduas n'est pas étranger aux années de flottement qu'il y a eu dans le dossier du CHUM, là, il sait bien quel malaise ça a créé dans la communauté. Alors, maintenant que le dossier est confirmé et va de l'avant concrètement, il va certainement être possible de susciter l'adhésion de la communauté des affaires, qui voudront s'engager, j'en suis persuadé, dans ce qui est le plus grand projet en santé jamais lancé au Canada. Ça représente 3,6 milliards, c'est l'équivalent de la Baie James, là, pour la santé au Québec. Alors, moi, je suis convaincu que ces fondations-là vont s'engager. Du côté de McGill, il y a des engagements qui sont pris, du côté de l'Université de Montréal également, et ce qui est intéressant, c'est qu'il y a un projet de levée de fonds corporative commune entre l'hôpital de McGill et le CHUM, et ça, ça m'apparaît un élément d'unité qui est particulièrement important.

Pour ce qui est de la contribution finale du gouvernement du Québec, on a ajouté, pour être exact dans les... Parce que je pense que le député parlait de 2,3 milliards, quelque chose comme ça. Le coût du financement public du gouvernement du Québec actuellement est de 2 167 000 000 $.

M. Charbonneau: Donc, la différence, c'est le 200 millions fédéral, là, non?

M. Couillard: Pardon?

M. Charbonneau: Parce que, quand vous aviez annoncé, vous aviez dit 3,6. Il y avait 1,3 à trouver; la balance, c'était 2,3.

M. Couillard: Non, il n'y a presque pas de... En fait, le financement à trouver qu'il reste actuellement, totalement, c'est 57 millions, puis les sources de financement ont été identifiées dans tous les domaines. Je vais revenir encore une fois sur le fédéral tantôt. Il reste un solde à gérer de 74,8 millions pour le CHUM, il y a un surplus anticipé de 35 millions à Sainte-Justine — bon, ça, je prends ça avec un grain de sel, mais disons qu'on est à peu près en équilibre — et pour le CUSM 18 millions. Donc, au total, au net, il y a 57,8 millions de financement à identifier encore, ce qui est minime par rapport à un coût de 3,6 milliards.

M. Charbonneau: ...ça... c'est un espoir que vous avez que les fondations ou le mécénat va atteindre les objectifs que vous avez fixés. Mais, encore une fois, s'ils n'atteignent pas les objectifs, qu'est-ce... Bien oui, mais ça, je veux dire, c'est... Aujourd'hui, vous nous dites: Ils vont les atteindre. Mais, moi, j'ai la responsabilité de vous poser la question, parce que c'est la gestion de fonds publics, puis c'est un sacré gros projet, là. S'ils n'arrivent pas à livrer la marchandise, qu'est-ce qui fait? En réalité, la réticence que les gens ont par rapport au projet de l'Université de Montréal, là, ce n'est pas à cause de nous, là, c'est parce qu'il y a eu une hésitation puis un débat au sein de votre gouvernement entre le site qui était proposé à Outremont puis le site sur la rue Saint-Denis après avoir abandonné le site initial. Ça fait qu'il y a eu trois sites. Là, le fait qu'il y en ait eu trois, c'est votre responsabilité, puis...

M. Couillard: Un instant, là. Là, je suis certain que le député de Borduas ne veut pas donner la perception que l'hésitation dans le dossier du CHUM est le résultat du gouvernement actuel, parce que je vais être obligé de lui rétablir certains faits, là. Je rappelle que le gouvernement précédent avait évalué un projet de 1,6 milliard à Bellechasse — alors, on ne parlait pas d'inflation, on ne parlait pas d'équipements, rien; deuxièmement, que c'est un site qui a été jugé rapidement inutilisable, notamment en question de la présence d'une voie ferrée sur ce site-là; troisièmement, que dans les mois qui ont précédé l'élection, son gouvernement a été même incapable de confirmer le principe de la construction du CHUM — il y a de nombreuses citations de M. Landry puis du député de Rousseau là-dessus. M. Landry disait: Pas sûr, peut-être que oui, peut-être que non, on ne sait pas si on va le faire, puis le député de Rousseau, lui, il disait: Bien, peut-être dans le fond juste un pavillon d'oncologie dans la cour de l'Hôpital Notre-Dame serait suffisant.

Alors, c'est là qu'on en était en avril 2003. Alors, il ne faudrait surtout pas accréditer la thèse selon laquelle tout était décidé en avril 2003 puis que, par la suite, il y a eu du flottement. Le flottement s'est fait dans le choix du site pour le CHUM, parce qu'il y a eu un nouveau débat qui s'est fait entre: d'abord, le site antérieurement choisi, qui, on le sait, était inutilisable pour plusieurs raisons; deuxièmement, l'alternative entre deux autres sites présentés, soit le site du centre-ville ou soit le site de la gare de triage Outremont. Ça a duré quelques mois, ce débat-là, sur huit ans d'histoire, parce qu'entre 1995 et 2003 le projet du CHUM, il était là puis il aurait pu être confirmé, là. Je voudrais remettre les choses en perspective. Bon.

Alors, effectivement, là, le débat est terminé, puis maintenant le projet, il va de l'avant, puis les terrains vont être acquis, les travaux vont commencer dans l'immeuble Vidéotron, et j'ai bon espoir que ça va susciter l'adhésion et... la certitude que ça va susciter l'adhésion des...

Mais, regardez, le député de Borduas va revenir là-dessus. Il ne va quand même pas nous demander d'attendre, de confirmer le projet, que tout l'argent soit dans la caisse des fondations. Ça n'a aucun sens, là, parce que, là, on va tourner en rond pendant des années.

M. Charbonneau: ...la question que je vous pose, c'est: Si vous ne l'avez pas, là... Vous, vous devez avoir un plan b. Jamais je ne croirai que vous allez... Le gouvernement doit au moins être capable de dire: Si je n'ai pas l'argent des fondations, je vais le mettre, le cash nécessaire. Sinon, les projets ne se réaliseront pas, là.

M. Couillard: Mais voyons... certainement pas, là. Les fondations vont contribuer, puis le milieu des affaires du Québec va adhérer à ces projets-là puis va y contribuer. Si on commence à parler de plan b, c'est aussi bien de dire qu'on déresponsabilise complètement les fondations puis les donateurs, là. Il n'est pas question de faire ça. Ils vont s'engager aux montants prévus dans les fondations de même que le gouvernement fédéral.

Je ne sais pas si le député de Borduas veut entreprendre la discussion sur la participation fédérale parce qu'il...

M. Charbonneau: ...la question tantôt, là. Encore une fois, est-ce que vous avez une entente ferme? Et est-ce que vous pouvez la déposer? Puis est-ce que dans le fond le 200 millions plus un montant qui n'est pas encore déterminé — peut-être le ministre pourra nous le préciser — il attend combien du fédéral pour Sainte-Justine? Mais le total de la contribution fédérale, est-ce qu'il y a des ententes fermes? Est-ce qu'il peut les déposer? Puis, troisièmement, est-ce qu'il ne trouve pas que malgré tout notre contribution, comme contribuables québécois au niveau fédéral, notre retour sur nos taxes et nos impôts payés à Ottawa, là, ce n'est pas beaucoup par rapport au coût total de ces deux grands projets... en fait, ces trois projets, là, de construction majeurs?

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

M. Couillard: Mme la Présidente, je rappelle brièvement qu'on est largement bénéficiaires dans la fédération canadienne, mais je rassure le député: on n'entreprendra pas à nouveau ce débat-là aujourd'hui.

D'autre part, on protège la juridiction du Québec. Le système de santé, c'est la juridiction du gouvernement du Québec. Alors, on accueille des contributions du gouvernement fédéral dans les parties de projets qui sont dans sa sphère de juridiction, notamment les institutions de recherche. Il a un rôle, le gouvernement fédéral, au soutien des institutions de recherche. Par exemple, dans le CHUL, il va y avoir un centre de recherche regroupé qui est le double du centre de recherche total qu'on a actuellement sur trois sites. Alors, c'est une immense installation de recherche qui d'ailleurs, on le voit, va avoir des répercussions importantes. Alors, le rôle du fédéral, il est là.

Maintenant, on envisage, je l'ai déjà dit, 100 millions pour le CHUM, 100 millions pour le CUSM, 125 millions pour Sainte-Justine. Pour les deux premiers qui sont confirmés, le mécanisme qui est utilisé montre que la question du député de Borduas s'applique plus ou moins parce qu'il n'y a pas besoin d'entente. Je vais expliquer pourquoi: parce qu'on va utiliser le véhicule du fonds canadien... de la Fondation canadienne d'innovation, qui a donné un sous-fonds, annoncé un sous-fonds l'an dernier ou il y a deux ans... il y a deux ans, sur les hôpitaux universitaires. Donc, on a créé, à même le FCI, une sorte de nouveau fonds pour les hôpitaux universitaires et on a déjà indiqué au gouvernement fédéral qu'on allait réserver la part du Québec, 200 millions, pour les hôpitaux universitaires du CHUM et du CUSM. Donc, de ce côté-là, il n'y a aucun doute.

Le problème qu'on a à résoudre, puis on a plusieurs années pour le résoudre, ça n'a pas besoin d'être résolu le mois prochain, c'est que, pour l'hôpital Sainte-Justine, il faut créer un véhicule comparable à la FCI ou bonifier la FCI pour les hôpitaux universitaires pédiatriques. On verra. Mais il n'y a pas d'urgence à confirmer ça. On est très confiants que, dans ce domaine comme dans d'autres, on va en arriver à des progrès importants avec le gouvernement fédéral.

La Présidente (Mme James): Alors, ceci complète le bloc. On va vous revenir. On a déjà dépassé le temps... On a déjà... M. le député, je suis désolée.

M. Charbonneau: ...reviendra au prochain bloc.

La Présidente (Mme James): On reviendra, oui. Mme la députée de Chambly.

État d'avancement

Mme Legault: Merci, Mme la Présidente. Alors, je voudrais poursuivre sur la réalisation des CHU à Montréal: le CHUM, le CUSM, le CHU de Sainte-Justine. Et on sait tous que ce sont des projets de modernisation de médecine universitaire à Montréal qui sont importants et qui ont fait d'ailleurs l'objet de travaux, là, dès notre arrivée au gouvernement, en 2003.

J'aimerais que M. le ministre nous entretienne évidemment sur les étapes qui ont été franchies au cours des dernières années, puis nous faire le portrait aussi de

ce qui se dessine, là, dans un horizon plus immédiat. Merci.

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

M. Couillard: Alors, merci. Je rappelle donc l'importance majeure du rapport de la Vérificatrice générale sur le métro de Laval, publié en juin 2004 encore une fois. Ce constat d'ailleurs est présenté dans les faits saillants du rapport en question, mais on avait, nous, demandé, en décembre 2003, une vérification au VG à la demande du gouvernement, là, en décembre 2003. Et je voudrais quand même faire certaines citations du Vérificateur général qui nous ont permis de bonifier la note de gestion du projet des hôpitaux universitaires.

Premièrement, la phase des études de faisabilité n'a pas été faite avec toute la rigueur requise, et la décision du gouvernement en juin 2003 d'engager des fonds additionnels pour poursuivre le projet a été prématurée. Nous sommes d'avis que le gouvernement ne disposait pas, à ce moment, de toute l'information pertinente pour prendre une décision.

Deuxièmement, les étapes qui précèdent la réalisation d'un projet comportent plusieurs phases critiques. À ce stade, se prennent des décisions cruciales quant au contenu, au coût et à l'échéancier. Le respect d'un processus rigoureux de planification et de prise de décision est essentiel pour assurer l'efficacité du projet et éviter les remises en question coûteuses. Ces phases comprennent la détermination du projet, les études de faisabilité ainsi que l'avant-projet constitué des études complémentaires et des plans et devis sommaires.

• *(11 h 20)* •

En conclusion, la justification du projet, y compris ses coûts et son contenu, n'étaient pas suffisamment documentés lors de son approbation par le gouvernement, en 1998. Alors, on a également noté l'absence, dans la divulgation des coûts par l'AMT, des coûts tels que les taxes, une provision pour les honoraires professionnels additionnels, les contingences globales, l'inflation, les frais de financement jusqu'à la fin du projet. Alors, c'est ces leçons-là qui ont été utilisées. Je rappelle que le rapport est sorti en juin 2004. Donc, c'est au moment où on a vu ce rapport-là qu'on a décidé de nous doter — et il y a eu la Gaspésia à peu près également au même moment; de nous doter — d'un mode de gestion de grands projets beaucoup plus sérieux et beaucoup plus serré que ce qui est traditionnellement fait depuis plusieurs années.

Je rappelle qu'en trois ans il faut comparer ce qui a été fait auparavant. En janvier 2000, lorsqu'on a annoncé le site du CHUM, le 6000 Saint-Denis qui n'a jamais été réalisé, entre 2000 et 2003, c'est 63 millions de dollars d'études qui ont été consacrés par le gouvernement précédent à ce projet, à une énorme structure qui était la SICHUM, à ce moment-là. Donc, ce qu'on avait livré, comme on l'a dit, c'était une pancarte. Nous, on a vraiment livré le début des travaux et un consortium d'hôpitaux universitaires pour le Québec.

Et là où on planifie correctement les projets, c'est dans la phase de planification, comme le mot le dit, dans la phase avant de mettre les chantiers. Parce que les coûts reliés à la construction encore une fois sont restés très stables: 884 millions, 900 millions et quelques pour le CHUM et le CSUM et 303 millions pour Sainte-Justine. On a décidé d'ajouter par toute transparence des éléments tels que les mobiliers, les taxes, etc., et la participation du gouvernement fédéral également.

Ça me permet de peut-être compléter la réponse pour le gouvernement fédéral, je sens que le député de Borduas voulait y revenir. C'est que le Fondation canadienne d'innovation est déjà identifiée, donc les 200 millions sont à toutes fins pratiques confirmées. Ce qui reste à trouver, c'est le véhicule pour le 125 millions du gouvernement fédéral pour l'hôpital Sainte-Justine, et je suis persuadé qu'ils vont être enthousiasmés à l'idée d'adhérer à ce grand projet là, je n'ai aucune inquiétude là-dessus. Mais on a quelques années devant nous pour en arriver à une solution qui va probablement tourner autour de la solution qu'on a trouvée pour les deux hôpitaux universitaires adultes, c'est-à-dire la création d'un véhicule pour le financement des instituts de recherche parce que je suis certain que le député de Borduas ne veut pas que le gouvernement fédéral se mette à directement financer la construction d'hôpitaux au Québec, là, parce que là on est dans un conflit de juridictions qui est majeur. On veut vraiment concentrer la participation de l'État fédéral au niveau des institutions de recherche et d'enseignement, surtout de recherche, là, comme d'ailleurs c'est sa vocation de le faire.

La Présidente (Mme Hamel): Merci beaucoup, M. le ministre. Mme la députée de Chambly.

Mme Legault: Non, ça va, merci. Je vais passer la parole à Mme la députée de...

La Présidente (Mme Hamel): Mme la députée de Chauveau.

Projet pilote d'accès aux pompes à insuline pour certaines clientèles pédiatriques

Mme Perreault: Oui, merci beaucoup, Mme la Présidente. Je vais aborder un autre sujet qui est un sujet qui soulève parfois... je dirais pas les passions, mais la sensibilité de la population: c'est les pompes à insuline, notamment chez les enfants. On sait que les jeunes enfants diabétiques souvent qui doivent se piquer tous les jours et que ça peut poser un certain nombre de problèmes.

Je sais que le ministre a accepté la mise en place d'un projet pilote, et j'aimerais l'entendre sur ce sujet-là.

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

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Alors, on sait que le diabète chez nous est une maladie en émergence, mais ici on parle plus spécifiquement du diabète surtout de type juvénile par rapport au diabète adulte, qui est en forte augmentation.

On sait que la demande d'accès de la pause des pompes à perfusion d'insuline est croissante au Québec de la part de Diabète Québec et des citoyens d'ailleurs. Pour vous donner une idée de la croissance de la

demande, il y a deux demandes de remboursement qui ont été effectuées par année en moyenne, mais on constate une augmentation de ces demandes depuis 2003 parce que la moyenne, c'est sur toutes les années d'existence de la RAMQ et depuis que la technologie existe, mais, en 2003, il y a 27 demandes qui ont été dénombrées, 2004, 20, 2005, 30. Donc, on voit que la demande de remboursement augmente chaque année.

Il faut dire qu'il s'est posé des pompes au Québec; entre janvier 1996 et 1er avril 2005, il y a 134 pompes qui ont été posées. Le paiement à l'acte du médecin a été assuré par la Régie de l'assurance maladie, mais non de la pompe et des fournitures. Souvent, ce sont avec les fondations, les associations qui supportent les patients qu'on a réussi à dégager des sommes pour payer le matériel.

Les trois centres majeurs qui posent les pompes à insuline actuellement sont l'Hôpital de Montréal pour enfants. On en pose 50 à 60 par an actuellement. Le CHUQ au CHUL, 40, 50 par an, et l'hôpital CHU mère-enfant à Sainte-Justine, 30 à 40 par an.

Ailleurs au pays, seuls les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavik acceptent le paiement des pompes implantables. Il faut le mentionner, hein? L'Ontario, dans son dernier budget cependant, annonçait le déploiement d'un remboursement pour le diabète pédiatrique de type 1 d'ici 2008-2009.

Alors, la démarche que nous avons suivie dans ce dossier a été celle que nous suivons dans le cas de l'introduction de toutes les technologies. Ça a commencé par une demande d'avis à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Le rapport a été déposé le 6 décembre 2004. La conclusion de l'AETMIS... il faut la mentionner quand même pour placer la chose dans sa perspective la plus juste. La conclusion de l'agence, c'est que les preuves relatives à l'amélioration au niveau du contrôle glucémique sont au mieux modestes, notamment pour la prévention des complications à long terme et la qualité de vie. Les preuves sont donc insuffisantes pour donner un avis éclairé sur le rapport coût-efficacité de la pompe à insuline. Par contre, l'efficacité de la pompe serait similaire à celle des multi-injections ou à l'utilisation de l'insuline glargine récemment homologuée au Canada, qui sera disponible sous peu au Québec comme médicament d'exception. Cependant, il est possible que la pompe soit une option efficiente pour certains patients qui ne pourraient obtenir une maîtrise glycémique adéquate avec les multi-injections. Donc, chez certains enfants particulièrement avec le diabète juvénile, la pompe pourrait offrir des avantages au niveau du contrôle glycémique qui ne seraient pas aussi bien démontrés avec la glargine.

Ce que ça dit, tout ça, là, c'est qu'il faut faire attention, ce n'est pas tous les diabétiques qui bénéficient de la pompe à insuline. C'est dans la population des diabètes juvéniles et, à l'intérieur de la population du diabète juvénile, une sous-population qui n'arrive pas à un contrôle avec la technique des multi-injections. Et on pense qu'avec la nouvelle insuline, une grande majorité des cas vont pouvoir être... — qui est rentrée en juin dernier, la nouvelle insuline; la grande majorité des cas vont pouvoir être — contrôlés correctement.

Donc, on a annoncé cependant l'instauration d'un projet pilote pour permettre l'accès aux pompes à insuline aux clientèles pédiatriques de type 1 selon des critères très bien définis. On évalue que, dans le cadre de ce protocole-là, qui vont être faits dans nos centres d'excellence, là, le CHUQ-CHUL, le Sainte-Justine et l'hôpital mère-enfant, on va fixer des critères d'admissibilité de type technologique et de type psychosocial, et on estime qu'environ 120 patients, dans la première année, devraient bénéficier, à l'intérieur de ce programme, de la pompe à insuline, ce qui est un progrès considérable.

On a également développé la question du centre de leadership. C'est le Sainte-Justine qui est développé comme centre de leadership; les deux autres centres sont des centres satellites. Le projet pilote, la première année, sera greffé à une évaluation du programme afin de pouvoir mesurer l'efficacité réelle de la technologie au cours des mois et des années. Et on a va réévaluer le programme, suite à la reddition de comptes des centres, après un an. On a évalué que les coûts pourraient s'élever à 1,5 million de dollars pour la première année. Il faut prévoir — c'est important de le dire — 3 300 $ par année pour les fournitures parce qu'il faut changer les tubulures et ce qui va après la pompe. Les modèles de pompes utilisées se situent dans les 6 500 $ l'unité et doivent être changés aux trois à cinq ans. On va bien sûr faire des appels d'offres couvrant les deux aspects du matériel et des pompes. Le design d'évaluation doit être développé, et l'AETMIS va collaborer avec nous et le centre pilote pour faire cette évaluation-là.

Donc, on est à la veille d'accorder les crédits, donc les crédits sont là. On va soumettre le critère d'admissibilité au comité administratif du Collège des médecins et nommer officiellement, très bientôt, les centres impliqués dans ce projet-là. Donc, pour la première fois, des patients québécois se verront offrir la pompe à insuline, mais dans le cadre d'un projet d'évaluation très rigoureux et pour des sous-populations définies.

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

Fonctionnement et limites d'efficacité des pompes à insuline

Mme Perreault: Merci, Mme la Présidente. Peut-être pour le bénéfice de ceux qui ne savent pas, comme moi, qu'est-ce que c'est exactement, une pompe. Là, ce que je comprends de vos propos, d'abord ce n'est pas une panacée, ça ne répond pas à tous les besoins, malgré ce qu'on peut peut-être en penser quelquefois. Mais, au fond, c'est-u quelque chose qu'on installe un peu comme un cathéter, puis on injecte l'insuline, puis ça évite de se piquer tous les jours? Je pose la question parce qu'honnêtement, quand on entend ça, on a l'impression que c'est comme un produit miracle qui va injecter, tu sais, sans qu'on y pense, le médicament de façon comme quasi normale. Alors que ce que je comprends de vos propos, c'est que, dans certains cas, ce n'est peut-être pas le produit ou en tout cas la technique qu'on doit utiliser qui est la meilleure pour répondre aux besoins parce que c'est important. Au fond, quand on entend ça, ça a l'air comme un produit

miracle, on n'aura plus besoin de rien faire, puis ça va se faire avec magie, là.

M. Couillard: Bien, classiquement, les diabétiques se traitent avec des injections répétées d'insuline. La technique: ils doivent se piquer le doigt, hein, tous les gens qui nous écoutent le font très souvent, là, piquer le doigt pour vérifier le sucre dans le sang. Pour ces enfants-là, une certaine partie d'entre eux ont de la difficulté à assurer un contrôle qui est plus facile maintenant avec la nouvelle insuline, je le redis, là, et pour le sous-groupe d'enfants qui ont de la difficulté à assurer le contrôle de leur taux de sucre dans le sang. Il s'agit d'un petit appareil qui est à peu près la taille d'un boîtier comme ça qu'on porte à la ceinture, où il y a un cathéter qui va sous la peau, sous-cutané, qui à la fois mesure le taux de sucre puis ajuste la perfusion d'insuline de façon constante.

Maintenant, effectivement, ce n'est pas une panacée parce que, d'une part, il y a des sous-groupes qui répondent plus spécifiquement à cette technique-là puis, d'autre part, ce n'est pas sans danger parce que, comme n'importe appareil, ça peut faire défaut, hein. Ça peut faire défaut par excès ou par manque. Si ça fait défaut par excès d'insuline, on peut avoir des hypoglycémies sévères; si ça fait défaut par manque, on peut avoir des détériorations subites du taux de sucre dont la personne est plus ou moins consciente parce qu'elle ne se teste plus, hein. Alors, il faut très prudent. C'est pour ça qu'on incorpore, dans les critères d'admissibilité, les critères psychosociaux. Ce qu'on veut dire, c'est que des familles et des enfants en particulier qui sont en mesure de prendre la responsabilité de s'occuper correctement de cette technologie-là, surtout pour les premiers cas qu'on va vouloir distribuer au Québec.

La Présidente (Mme James): Alors, Mme la députée de Chauveau.

● *(11 h 30)* ●

Mme Perreault: Au fond, Mme la Présidente, c'est un appareil qu'on porte. Donc, moi, j'ajouterais même, je le dis parce qu'honnêtement il y a des fois on entend ça puis on pense que, tu sais, tous les enfants pourraient avoir ça puis que c'est la meilleure solution, mais de ce que je comprends, ce n'est peut-être pas toujours le cas. Donc, il faut faire attention.

Deuxième chose, si l'enfant porte un appareil — puis je vous pose la question — est-ce que ça peut le restreindre dans ses activités sportives, est-ce qu'il va y avoir, tu sais, des choses qu'il ne pourra pas faire? Je vous pose la question. Peut-être que vous ne pouvez pas me répondre, mais au fond c'est les inconvénients des fois qu'on n'entend pas quand on discute de ce genre de ce chose là, puis des fois on peut avoir l'air insensible, mais au fond ce que je comprends, c'est que ce n'est pas toujours la bonne solution pour un enfant diabétique. J'aimerais vous entendre peut-être là-dessus, si c'est possible, sinon ce sera un commentaire de ma part, M. le ministre.

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

M. Couillard: Oui, c'est sûr que, s'il y a des activités sportives qui sont en cours, ça présente des problèmes. Il faut ajuster les activités quotidiennes de l'enfant au port de la pompe, surtout bien éduquer les parents également et l'enfant à la façon de s'occuper d'entretenir cette pompe-là, parce que, encore une fois, j'insiste sur le fait que, comme on l'a dit tantôt, ce n'est pas une panacée miraculeuse. C'est un très beau développement dans le traitement du diabète, mais c'est associé également à des risques spécifiques et c'est associé surtout à la nécessité de bien déterminer quelles sont les populations qui en bénéficient véritablement.

La Présidente (Mme James): C'est terminé, Mme la députée de Chauveau? Est-ce que vous avez d'autres questions?

Mme Perreault: Oui.

La Présidente (Mme James): Oui. Mme la députée de Chauveau, allez-y.

Mme Perreault: J'ai beaucoup de questions.

La Présidente (Mme James): Allez-y.

Portrait des investissements et des avancées en équipements de haute technologie

Mme Perreault: Non, j'aimerais aborder un autre sujet, Mme la Présidente, si vous me le permettez. La haute technologie, je pense que c'est un sujet qui est important aussi, toujours dans le même esprit. Ça va être en continuité avec ce que je viens d'aborder avec le ministre. Je pense, par exemple, aux appareils de résonnance magnétique ou des techniques qui sont employées en radio-oncologie. Je ne suis pas une spécialiste, mais je sais que souvent ça fait les médias, on se pose beaucoup de questions sur ces appareils-là, la nécessité pour les hôpitaux d'en avoir, et tout ça.

Alors, j'aimerais entendre le ministre sur quels sont les investissements qu'on fait. C'est quoi, les avancées qu'on fait actuellement avec ces appareils en haute technologie là?

M. Couillard: Bien, chaque année, on dispose d'un budget, qui d'ailleurs provient des arrangements fédéraux-provinciaux, pour l'acquisition de hautes technologies médicales. Et bien sûr ces blocs... cet argent est distribué en blocs qui ont trait aux urgences, aux soins à domicile, également aux appareils diagnostiques, et il y a deux domaines dans lesquels, je dirais, on fait un progrès assez constant, c'est le domaine de l'imagerie avec la résonnance magnétique, d'une part, et la tomographie à émission de positrons. On sait qu'il y a actuellement une douzaine d'appareils qui sont en voie d'installation au Québec. Lorsque ces appareils seront installés, il nous en manquera six au Québec pour atteindre la norme de nombre d'appareils par population qui est recommandé. On est très confiants, avec l'enveloppe de l'année, d'arriver à la correction, donc, de ce nombre d'appareils par population. On sait que le nombre d'appareils installés dans les hôpitaux publics a une traduction directe avec la liste d'attente, puisqu'à Maisonneuve-Rosemont, par exemple, au moment où on a installé — c'est le chef de

la radiologie qui le disait — au moment où on a installé un autre appareil, la liste d'attente a littéralement fondu en même temps.

On veut également continuer à développer les conversations avec les radiologues et les spécialistes, et ils sont disposés à le faire, pour la question de la pertinence des examens. Je crois d'ailleurs qu'il y a des efforts importants qui sont faits en ce sens-là parce que, si on ne limite pas la technologie d'imagerie aux situations dans lesquelles elle apporte véritablement une valeur ajoutée aux diagnostics, on pourra en construire 150 de résonnance magnétique puis ce ne sera pas suffisant, hein. Il faut donc s'assurer de la pertinence des examens.

L'autre secteur dans lequel on est en train de développer rapidement la technologie — il y aura des annonces très prochainement — c'est la tomographie à émission de positrons, ce qu'on appelle le TEP. On va d'ailleurs avoir une très belle annonce très bientôt, dans la région de Québec, sur cette question-là. C'est un appareil qui permet, dans certains cas mais pas tous les cas, de faire un diagnostic de cancer puis, dans d'autres cas, de faire un suivi des résultats du traitement du cancer. On est, au Québec, de loin avec l'Ontario la province qui est la plus avancée dans le déploiement de cette technologie. On l'a, dans deux premières phases, distribuée dans les centres avec désignation universitaire, les CHU et par la suite les centres affiliés. Ainsi, cette année, Sainte-Justine, Maisonneuve-Rosemont et le Jewish ont obtenu des appareils, l'Hôpital général juif. La prochaine annonce nous place dans une situation où on va pouvoir commencer à déployer des appareils à tomographie à émission de positrons dans les régions, dans les centres hospitaliers régionaux qui ont une activité de traitement du cancer. Alors, comme la technologie est associée au cancer, on préfère la déployer aux endroits où on fait de la radiothérapie, donc des traitements pour le cancer. Donc, les installations qui seront déployées sur les régions se situeront à Saguenay, Chicoutimi, Rimouski et également à Gatineau. Donc, on a... Et ça, il n'y a pas beaucoup d'autres exemples au Canada de provinces où il y a un déploiement de cette technologie au niveau des centres régionaux. Et on est particulièrement heureux d'aller dans cette direction-là.

La Présidente (Mme James): O.K.? Merci. Est-ce qu'il y a d'autres questions du côté ministériel? Il reste à peu près trois minutes.

Bilan d'implantation des groupes de médecine de famille

Mme Hamel: Alors, rapidement, j'aimerais aborder la question des groupes de médecine familiale avec le ministre. On sait que l'organisation des services de première ligne pose un problème réel en rapport avec l'accès aux services médicaux. Beaucoup de nos concitoyens, entre autres dans mon comté de La Peltrie, se plaignent des difficultés rencontrées pour trouver un médecin de famille.

Alors, j'aimerais savoir de la part du ministre comment évolue la création des groupes de médecine familiale.

M. Couillard: Alors, merci, Mme la Présidente. Effectivement, au 30 mars 2006, il y a 108 groupes de médecine de famille qui ont été accrédités. Il y a trois projets qui ont été reçus, dont un qui va être accrédité dans les heures qui viennent... Québec, et 32 projets sont en cours de préparation dans les régions. Il y a 1 196 médecins qui sont concernés dans ces 108 accrédités, plus 41 dans les trois qui sont près d'être accrédités, 196 infirmières et plus de 780 000 patients inscrits électroniquement. On sait cependant que le potentiel d'inscriptions, pour juste ces 108 là, est de plus de 1,6 million de personnes. Donc, on peut encore inscrire plus de personnes, théoriquement, dans les groupes de médecine de famille qui existent.

Les groupes ont fait l'objet d'évaluations, autant du côté des patients que des professionnels qui y travaillent. On est relativement satisfaits, certainement satisfaits du côté des médecins. Cependant, il faut noter qu'en 2003 il y avait jusqu'à 21 % des médecins qui, dans un sondage, s'exprimaient peu satisfaits ou insatisfaits à l'égard des groupes de médecine de famille. Cependant, un an plus tard, lors des entrevues qu'on a faites avec plusieurs médecins de GMF, ils ont considéré que la collaboration avec l'infirmière était avancée et très avancée, et, même s'ils étaient réticents au départ, ils se sont déclarés par la suite tout à fait adhérents au modèle.

Alors, l'essoufflement, qu'on a actuellement, d'intérêt qu'on essaie de soutenir, là, dans toutes les régions, est en sorte de viser à ce que les médecins traversent la barrière initiale de méfiance ou d'inquiétude quant aux démarches administratives qui sont associées aux GMF, mais constatent également l'importance que la formule apporte pour la qualité de leur pratique professionnelle. Et, dans les visites que j'ai faites, dont récemment, hier, en Gaspésie, les médecins qui travaillent en GMF se demandent pourquoi leurs collègues n'adhèrent pas largement à cette question-là, notamment à cause des avantages apportés par la collaboration professionnelle avec l'infirmière, et également le soutien technologique dans le domaine informatique.

Alors, on est toujours, je dirais, en promotion de la formule. Il faut dire que la négociation actuelle avec la FMOQ certainement a joué un rôle dans la variation ou la fluctuation d'intérêt des médecins ou dans l'intensité d'intérêt qu'on a envers les projets, mais il y a des projets qui sont constamment reçus, qui sont accrédités, il n'y a pas de retard d'accréditation. Donc, on devrait, cette année, encore une fois, en accréditer plusieurs, là, autant des projets qui sont déjà arrivés que ceux qui sont en voie de préparation dans des régions.

Et on est également plus souples dans l'application des critères d'approbation, parce qu'au début ça prenait un nombre x de médecins pour être accrédités, et là on avait une sorte de cercle vicieux où les régions à pénurie ne pouvaient pas faire de GMF parce qu'ils n'étaient pas assez nombreux. Or, ils avaient besoin de GMF pour attirer d'autres jeunes médecins. Alors, on a décidé d'être plus souples pour le nombre de médecins au niveau duquel on accordait le statut de groupe de médecine de famille, bien sûr en tenant compte des engagements de recruter et d'attirer des médecins pour

bonifier ce nombre-là au cours des années qui vont suivre.

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

Projets de centres hospitaliers universitaires à Montréal (suite)

Part du financement privé garanti pour la construction

M. Charbonneau: Bien, Mme la Présidente, j'aurais pu revenir sur le dossier des GMF, mais on l'a fait, la semaine dernière, pour souligner qu'on était encore loin de l'objectif qu'on s'était fixé d'avoir 300 groupes de médecine de famille en juin 2005, mais je vais rester plutôt sur le dossier des constructions... des projets d'hôpitaux universitaires.

On parlait tantôt, là, encore une fois, de la contribution des fiducies ou du financement privé, là... des fondations, plutôt. Le ministre dit: Il y a des choses d'attachées. On peut-u savoir, sur le montant global que vous attendez, que vous anticipez pour la participation du privé, là, du mécénat, il y en a combien d'attachés actuellement, là? Tu sais, autrement dit, c'est presque 1 milliard que vous voulez aller chercher dans le mécénat. Il y en a combien, là? C'est...

M. Couillard: Ce n'est pas 1 milliard, Mme la Présidente, c'est 200-200-100, qui...

M. Charbonneau: 200-200-100?

M. Couillard: Bien, pour Sainte-Justine, c'était 100 millions, pour...

M. Charbonneau: Pour le privé?

M. Couillard: Bien, pour les fondations, oui.

M. Charbonneau: Puis les deux autres, c'est...

M. Couillard: 200 et 200. Puis l'hôpital de McGill s'est engagé à aller chercher un 100 millions supplémentaire.

M. Charbonneau: Mais là je ne comprends...

M. Couillard: Mais ça n'a pas besoin d'être confirmé, là.

M. Charbonneau: Oui, mais là...

M. Couillard: Ça va se faire au cours des années de préparation.

● *(11 h 40)* ●

M. Charbonneau: Écoutez, là, vous allez me... On va essayer de faire une réconciliation des chiffres, là. Vous avez un 3,6 milliards; ça, c'est le coût total. Vous dites qu'il y a 2,1 milliards — on va le prendre ensemble; 2,1 milliards — du gouvernement du Québec, il y a un 300 millions du fédéral, puis là vous en ajoutez, disons, un 500 millions du privé. Il vous manque de l'argent, là.

M. Couillard: Tout ça a été exprimé par M. Gignac, c'est à la page 18 de sa présentation qui a été rendue publique. Toutes les sources de financement sont identifiées: les fondations, une augmentation de 100 millions du côté de la fondation du CUSM, des budgets de maintien d'actif de l'agence de santé de Montréal, la ville de Montréal pour le financement d'une partie de la voie d'accès, le gouvernement fédéral pour les trois montants que j'ai dit tantôt, les stationnements autofinancés, la vente d'actif, le remboursement de taxe de vente, le financement du gouvernement du Québec, autant le financement initialement prévu, la provision pour inflation, les autres coûts spécifiques. Tout ça fait en sorte qu'en bout de ligne, là, ce n'est pas un gros problème qu'on a à gérer, là, on a à gérer 74 millions sur le CHUM, 18 millions au CUSM puis un surplus relatif de 35 millions à Sainte-Justine. Cette présentation, en passant, elle est publique, hein, je suis certain que le député l'a obtenue quand on fait l'annonce, là.

M. Charbonneau: ...peut être bien pour ce matin, là, qu'il la dépose, celle dont il vient de faire état, mais...

M. Couillard: On va la transmettre à la commission, mais c'est un document public depuis plusieurs semaines.

M. Charbonneau: Oui, je comprends, mais... Ce qui est clair, là, c'est que vous faites état tantôt d'une participation avec le fédéral, vous dites: On a deux sources. La ville de Montréal, il n'y a rien de signé, là. Où en sont les négociations avec la ville de Montréal? Puis, dans le cas des coûts puis de l'estimé des coûts, ce qu'on sait, par exemple, c'est qu'au niveau de la contribution du ministère des Transports, en fait des coûts... Juste une petite seconde.

M. Couillard: Parmi le travail de recherche, c'est tout confirmé, ça.

M. Charbonneau: Oui, je sais, mais...

M. Couillard: Incluant le ministère des Transports puis la ville de Montréal.

M. Charbonneau: O.K. Parce qu'il y a des coûts directs pour le site de Saint-Denis, qui avait été évalués par le ministère des Transports, de 74,1 millions. Et puis il y a des coûts indirects: il y a recouvrement de l'autoroute Ville-Marie, 185 millions, puis l'autre, c'est à déterminer, là.

M. Couillard: Mais non, mais non. Le coût de recouvrement de l'autoroute Ville-Marie, ça n'a rien à voir avec le projet du CHUM, c'est pour plus tard, si on décide de le faire. Ce n'est pas inclus dans le projet.

M. Charbonneau: O.K., mais c'est des coûts indirects. Mais les coûts directs, là...

M. Couillard: Non, non, non. Excusez-moi, là, il n'y a pas une cenne de prévue ou à prévoir pour le recouvrement de l'autoroute Ville-Marie dans la projet

du CHUM, là. On va être bien clairs là-dessus, là. C'est dans le cadre d'un autre projet éventuellement qu'on peut le développer. Il ne faut pas créer la confusion, là.

M. Charbonneau: Écoutez, dans l'analyse comparative de l'implantation du CHUM, là, du ministère des Transports du Québec — c'est un document, là, de la Direction de L'Île-de-Montréal du ministère des Transports — ils marquent: Coûts directs pour le 1000 Saint-Denis, 74 millions. Coûts indirects, là, ils marquent, eux: Recouvrement de l'autoroute Ville-Marie, 185 millions, puis ils marquent: Autres: à déterminer. Est-ce que vous avez une idée du «autres», c'est quoi, puis ça sera combien? Puis le 74 millions, lui, il va être attaché comment? Puis est-ce qu'il est déjà compris dans le budget?

M. Couillard: Contrairement à ce qu'on lit là, là, il n'y a pas nécessité d'investissement du ministère des Transports pour le projet du CHUM. La nécessité d'investissement du ministère des Transports, c'est pour la voie d'accès pour le CUSM entre l'autoroute Décarie puis le terrain Glen pour environ 70 millions de dollars qui sont financés à part égales en trois parties, toutes confirmées: par l'établissement, un tiers, la ville de Montréal, un tiers, le ministère des Transports, un tiers; à peu près 23, 24 millions par partenaire. Alors, tout ça, c'est attaché puis c'est confirmé, là, ce n'est pas un mystère. Ça a été tout expliqué, ça, lors de la présentation de M. Gignac, de la conférence de presse.

M. Charbonneau: Alors, vous dites, vous, que, sur 74... puis l'autre partie des coûts indirects, quand le ministre des Transports dit qu'il y a une partie qui est «autres», à déterminer, c'est quoi, ça, le «autres»?

M. Couillard: C'est s'il y a d'autres projets, dans quelques années, qui se développent autour du CHUM. Par exemple, c'est très possible que plus tard, plus tard, pour rejoindre le Vieux-Port — M. Bouchard récemment parlait de la Cité du Havre, là — qu'on décide, dans un plus grand projet, de rejoindre le Vieux-Port à travers l'autoroute Ville-Marie en la recouvrant ou qu'on fasse un projet d'installation biomédicale qui irait vers le Palais des congrès, il y a amplement de la place pour ça. Mais ce n'est pas le projet du CHUM, là. Ça n'a pas besoin d'être confirmé, ça, pour faire le CHUM, le CHUM, il va se faire de toute façon. Tant mieux s'il y a d'autres projets qui s'ajoutent par la suite, mais ça n'a pas à être comptabilisé actuellement.

M. Charbonneau: Donc, pour le financement privé, vous dites que c'est 500 millions que vous attendez.

M. Couillard: C'est 200 millions pour le CHUM... En fait, c'est 477 millions. C'est encore une fois tout dans la présentation, hein?

M. Charbonneau: Puis là il y en a combien de trouvé sur le...

M. Couillard: Ah bien, les fondations vous répondront. Nous, on n'a pas à s'intéresser à ça. La fondation, ils vont participer. Il n'y a aucun problème de générer les fonds là-dedans. Sainte-Justine a déjà atteint sont engagement, le CUSM a déjà commencé, le CHUM va commencer maintenant que le projet est confirmé. Ça va être généré. Puis je compte d'ailleurs sur le député de Borduas pour être un animateur très vigoureux de l'engagement de la communauté dans le financement de ces projets-là.

Évaluation et financement de la portion des coûts de construction faite en mode conventionnel

M. Charbonneau: Bien, écoutez, on verra, là, s'ils sont au rendez-vous. Écoutez, ce n'est pas moi qui écrivais récemment, là, qu'il y avait de la résistance, de la communauté d'affaires en particulier, pour le CHUM. Je n'ai pas inventé ça, là, c'était dans les médias, là. Alors...

Mais, si on revient au coût global au budget, vous avez dit... Puis là on va prendre le mode de construction. Vous avez indiqué qu'il y en aurait une partie qui serait faite sur le mode PPP puis une autre, sur le mode conventionnel.

Est-ce qu'on a une évaluation des coûts qui vont être faits sur le mode conventionnel, d'une part? Puis, deuxièmement, comment on va financer ce mode conventionnel là? Si ce n'est pas le privé, ça veut dire que ça va être dans des budgets du ministère de la Santé et des Services sociaux. Où est-ce que ça se trouve? C'est quoi, le plan de financement des trois projets? On les retrouve où, dans le budget du ministère? Parce que vous avez dit: Ils ne sont pas dans les crédits, là.

M. Couillard: Mais je ne suis pas certain de la question, là. Lors de l'architecture de financement du projet, la contribution du gouvernement du Québec est déjà indiquée. Elle a déjà fait l'objet d'une approbation du Conseil du trésor. Elle n'a pas à être dans les crédits cette année parce que le député sait très bien que les projets qui évoluent sur plusieurs années, les déboursés réels se produisent en fin de projet. Bon. Puis avant, c'est du financement temporaire.

Maintenant, ce qui est déjà prévu comme mode de réalisation, que ce soit en mode de réalisation conventionnel ou en PPP, en bout de ligne, l'argent, il vient des coffres publics, là. Il vient, il vient comme endettement dans un mode conventionnel puis il vient comme budget de fonctionnement ou comme loyer ou comme contribution répétée dans un mode de PPP. C'est les mêmes sources, et, tant qu'on n'a pas toute l'architecture complétée, on n'a pas à le mettre aux crédits aujourd'hui.

Mais ce que je peux lui dire clairement, c'est que, pour le... Il posait la question la quantité des... la partie de projet qui va en mode conventionnel, pour l'hôpital de McGill, c'est l'Hôpital de Montréal pour enfants qui va commencer en mode conventionnel. À peu près, on est dans les eaux de 200 millions de dollars. Pour la partie du CHUM, c'est l'acquisition des terrains qu'il reste à acquérir jusqu'à Viger — on se place très bien dans l'endroit où on se situe — et également les débuts de transformation, les travaux de transformation de l'immeuble Vidéotron, qui va devenir

un centre de consultations externes, je crois, et un centre de formation en même temps, et les travaux de rénovation de l'Hôpital Notre-Dame, qui vont être en mode conventionnel. J'oubliais pour McGill également, les travaux de l'Hôpital général de Montréal.

Donc, le pourcentage de travaux en mode conventionnel varie selon qu'on est dans un projet ou dans l'autre. Pour Sainte-Justine, c'est tout le projet qui est en mode conventionnel parce qu'on est dans une modalité d'agrandissement d'hôpital, finalement. Il n'y a pas vraiment de construction neuve comme dans le cas des deux autres installations. Mais ça revient au même. En bout de ligne, c'est le financement public qui s'exerce, là.

M. Charbonneau: Le financement public, sauf qu'il y a deux façons. C'est-à-dire, dans un cas, et c'est fait, c'est le gouvernement qui emprunte et puis qui dans le fond paie les coûts de son emprunt sur une base régulière. Puis, dans l'autre cas, bien il va louer.

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire que...

M. Charbonneau: Bien, vous allez...

M. Couillard: Il y a une grosse différence parce que ce n'est pas loué dans le sens où on l'entend. C'est une entente avec une durée déterminée, disons, de 25 ans classiquement, au bout de laquelle la propriété revient au gouvernement.

M. Charbonneau: Oui, je comprends. Mais...

M. Couillard: Alors, ce n'est pas une location indéfinie.

M. Charbonneau: Non, non. Je ne dis pas que c'est une location indéfinie, mais c'est que ça va nous coûter de l'argent, là.

M. Couillard: Bien oui. C'est clair.

M. Charbonneau: Ça veut dire que...

M. Couillard: Alors, c'est pour ça qu'on fait un plan d'affaires avec l'Agence des PPP pour déterminer les deux scénarios, soit le mode conventionnel puis le mode PPP.

Je rappelle que le mode PPP qui a été envisagé pour les hôpitaux universitaires, c'est un mode qui se limite à la construction du bâtiment et à l'entretien de la coquille. Aucun fonctionnement, aucun service, même service de buanderie ou d'entretien ménager dans l'établissement.

Alors, c'est un mode très réduit. Puis en fait on pourrait quasiment dire que c'est un... Le type de PPP qui est envisagé, c'est comme un mode conventionnel clé en main plus financement. Tu sais, il n'y a pas... Tout ça, c'est un spectre continu, là.

Suivi budgétaire annuel de l'implantation

M. Charbonneau: Comment on va pouvoir suivre ça? Parce que finalement, est-ce qu'il va y avoir un compte spécifique au ministère ou dans les crédits du ministère où on va pouvoir suivre à chaque année ça coûte combien ou est-ce que ça va se retrouver finalement dans les budgets des établissements?

Et encore là comment on va pouvoir faire un suivi des déboursés annuels de ces projets-là, d'une part, puis de l'évolution globale des coûts de ces projets-là en fonction du 3,6 milliards que le gouvernement a annoncés, là?

● *(11 h 50)* ●

M. Couillard: Si la décision finale est confirmée d'aller en PPP, il va y avoir un contrat. Le contrat va être public, le contrat va indiquer la mensualité ou la bimensualité, je ne sais pas les modalités de paiement qui sont utilisées. Puis ces mensualités-là sont payées à même le budget de fonctionnement de l'établissement, qui sera assuré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il sera dans le rapport annuel de l'établissement puis dans les délibérations des conseils d'administration, mais ils n'auront pas besoin d'attendre ça, là. Lorsque la décision sera confirmée d'aller en partenariat public-privé pour la construction des hôpitaux, il va y avoir des... après les appels d'offres. On ne fera pas ça avant pour ne pas vicier le processus d'appel d'offres, mais, lorsque l'appel d'offres sera conclu et qu'une entente contractuelle sera signée, bien, le contrat va être connu.

État d'avancement du processus de choix du mode de réalisation

M. Charbonneau: Si j'ai bien compris puis si je me rappelle bien, là on est à l'étape... On a engagé ou on est sur le point d'engager une firme de consultants qui va faire une évaluation de la pertinence d'aller en PPP ou pas puis qui va soumettre son rapport à l'Agence des PPP, qui va devoir faire une évaluation de la pertinence. Est-ce que c'est comme ça? Puis, si c'est le cas, est-ce que la firme a été engagée? C'est quoi, les termes, là, de l'entente contractuelle qui a été conclue ou qui est envisagée?

M. Couillard: Alors, la prochaine étape — on espère, dans le courant du mois actuel, là, à la fin du mois actuel — c'est, entre M. Gignac et les établissements, l'envoi de soumissions pour engager les professionnels, les architectes et ingénieurs-maîtres des trois projets. Le rôle que ces professionnels vont jouer va dépendre du mode de réalisation, et du moins jusqu'à la décision finale du mode de réalisation.

Par exemple, lorsqu'on fait un contrat de PPP, la phase des plans et devis est incluse dans le contrat. Donc, pour la partie actuellement des PPP, les architectes et ingénieurs-maîtres, on ne leur demandera pas de faire les plans et devis pour la partie de l'établissement qui peut aller en PPP.

Par contre, ils pourront tout de suite le faire pour les parties qui vont en mode conventionnel, parce qu'en mode conventionnel on commence immédiatement, vous savez, la démarche plans et devis préliminaires, validation, plans et devis définitifs et exécution. Donc, pour l'Hôpital de Montréal pour enfants, et les travaux doivent être commencés pour la rénovation du Montréal

General, de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital Notre-Dame, de même que le travail de Vidéotron, de même que le travail de Sainte-Justine, puis les architectes et ingénieurs-maîtres, dans ces cas-là, peuvent d'emblée passer aux plans et devis préliminaires, parce que les PFT...

C'est un peu technique, tout ça, mais le député sait de quoi je parle, mais on va l'expliquer pour les citoyens. Avant les plans et devis, il faut faire le programme fonctionnel et technique, PFT comme on dit en jargon, là, du milieu de la construction. Ce PFT est complété, je crois, pour le CHUM, et à quelques jours de l'être, si ce n'est pas déjà fait, pour le CUSM, et pour Sainte-Justine également. Il est en voie d'analyse; pour le CHUM, il est en voie d'analyse au ministère.

M. Charbonneau: Ce que je voulais dire, c'est que récemment le directeur du CHUM avait indiqué publiquement que le CHUM avait fait un appel d'offres pour qu'il y ait un consultant qui soit mandaté pour faire une analyse de la pertinence d'aller en PPP, et cette analyse-là doit être soumise par la suite à l'Agence des PPP, qui va faire finalement la validation finale puis la recommandation au gouvernement.

M. Couillard: ...juste corriger. Cette déclaration-là a été faite avant l'annonce du gouvernement, là. C'est l'Agence des PPP avec M. Gignac et les établissements qui va élaborer le plan d'affaires, incluant les appels d'offres qui sont liés au plan d'affaires. D'ailleurs, je pense, dans les crédits de l'Agence des PPP de ma consoeur du Trésor, ça a été couvert, là, dans la discussion des crédits.

Donc, cette chose-là va se faire de façon consensuelle et partagée. Bien sûr, les établissements sont des partenaires très importants, l'Agence des PPP a un rôle majeur, c'est son rôle légal de le faire, et également M. Gignac comme directeur exécutif.

M. Charbonneau: Soyons clairs. Bon, l'intérêt du gouvernement a été manifesté. Mais est-ce que l'agence a la latitude de dire au gouvernement: Non, on ne devrait pas y aller? Parce que...

M. Couillard: C'était dans la politique-cadre. Lisez la politique-cadre qui est associée à la création de l'Agence des PPP.

M. Charbonneau: Je sais, mais sauf qu'il y a...

M. Couillard: Il y a un conseil d'administration à l'Agence des PPP également. Alors, le plan d'affaires va se faire et le plan d'affaires va permettre, selon la politique-cadre, de confirmer. Moi, je pressens que la formule est intéressante pour ces hôpitaux-là, mais je ne suis pas un expert dans le domaine. C'est les experts qui vont prendre cette décision-là, on ne le sait pas actuellement. L'Agence des PPP va le faire, le plan d'affaires, et c'est ça qui par la suite va déterminer le...

M. Charbonneau: Mais, quand vous dites «le plan d'affaires», c'est-à-dire que l'agence doit faire une évaluation de la pertinence ou de l'intérêt d'aller avec cette formule-là, il faut que ce soit clair. Ça veut dire que, d'une certaine façon, ce n'était pas exact de dire qu'on s'en allait tout de suite en PPP, et, à la limite, l'agence pourrait très bien dire: On ne va pas dans cette direction-là pour toutes sortes de raisons, puis à ce moment-là on doit tout faire en mode conventionnel.

M. Couillard: ...PPP. Ça, c'est exact de dire qu'on a déclenché le processus de PPP. Encore une fois, référez-vous à la Loi sur l'Agence des PPP et à la politique-cadre qui a été publiée par le Conseil du trésor. Récemment, il y a eu une question du député de Richelieu à la présidente du Conseil du trésor sur cette question-là, et toutes les étapes sont clairement identifiées: le rôle de l'Agence des PPP... Et ça fait partie du processus de PPP, qui peut mener à la confirmation qu'effectivement c'est le mode de réalisation retenu ou à une autre conclusion, là. On ne le sait pas, personne ne le sait actuellement, ici. Mais je dirais qu'il y a un intérêt marqué pour la formule, compte tenu de l'historique de dépassement de coûts au Québec dans les grands projets, d'une part, de l'autre côté de certaines valeurs ajoutées de la formule, notamment pour l'entretien de l'édifice en bonne condition lors de la restitution à l'État au terme du contrat et le respect des échéanciers.

Le problème, quand on compare tout ça — je vais quand même donner un petit ajout, ici, au député de Borduas — c'est que la comparaison est très difficile à faire, parce que, lorsque vous comparez le mode de réalisation PPP avec le mode conventionnel, vous faites l'hypothèse d'un mode de réalisation conventionnel sans dépassement, hein, alors que, dans la réalité des faits, c'est excessivement rare, dans les grands projets, malheureusement, là, que les dépassements ne se sont pas produits. Puis on est témoins de ça tous les jours, là, au ministère, avec les projets qui sont en cours d'évolution. Il y a toujours une bonne raison pour modifier, ajouter, bonifier, tant qu'à faire ci, tant qu'à faire ça. Alors, en pratique d'ailleurs, c'est ce le vérificateur général britannique notait lorsqu'ils ont comparé le pourcentage de dépassements de coûts entre le mode conventionnel et le mode PPP ajusté parce que, comme le disait *Le Devoir*, il y a quelque jours, les premières expériences ont montré qu'il y avait des problèmes qui ont été, par la suite, bonifiés. Mais, lorsqu'ils ont fait cette étude-là, je crois, de mémoire, que c'est 70 % des projets en mode conventionnel qui dépassaient les coûts alors que c'était 24 % ou 25 % en mode de partenariat public-privé. Donc, on n'élimine pas la possibilité de dépassement, mais on la minimise de façon très importante, la différence est majeure entre les deux, là.

M. Charbonneau: C'est quoi, l'échéancier pour que l'agence en arrive à produire une conclusion, là, sur le mode de construction? Est-ce que...

M. Couillard: Je crois que le plan d'affaires va être lancé en juin et qu'on a pour environ six à huit mois. Mais, ça, c'est de mémoire, je ne suis pas, bien sûr, au... C'est ça? On me confirme que c'est l'échéancier qui est prévu.

M. Charbonneau: Ça, ça veut dire que, fin 2006 ou début de 2007, on devrait savoir si, oui ou non, on va aller en PPP ou pas, là?

M. Couillard: Oui. En traditionnel puis en conventionnel qui commencent de toute façon à...

M. Charbonneau: Oui, oui, ça, je comprends que la partie que vous avez déjà décidé d'aller en conventionnel, ça, on y va, là.

M. Couillard: Oui, c'est ça, en conventionnel, et on devrait avoir la conclusion du plan d'affaires, là, en six à huit mois.

Réaction du ministre aux limites constatées de la formule britannique de partenariat public-privé

M. Charbonneau: Bon. Je vais continuer un peu puis je reviendrai à l'autre bloc, là, parce qu'il me reste, semble-t-il, pas beaucoup de temps.

Ce que je voulais voir, c'était aussi dans quelle mesure le gouvernement a pris en compte finalement les mises en garde qui ont commencé à apparaître par rapport à la formule, en particulier la formule britannique, là? Bon, vous avez fait allusion à des articles dans *Le Devoir*, il y en a eu aussi dans *La Presse*, il y a un mois. Écoutez, ça fait beaucoup de mises en garde.

Si je regarde les relevés, il y a eu une étude qui a été produite — puis que j'avais déposée d'ailleurs à l'Assemblée nationale — sur... un rapport de mission du Centre universitaire de santé de McGill, qui finalement faisait état de contacts puis de rencontres qu'ils avaient eus et finalement qui donnait des indications assez intéressantes sur les mises en garde qui avaient été faites aux gens de la mission québécoise par des dirigeants d'établissements là-bas. Puis on voit d'ailleurs, dans les articles de journaux, que, quand on pose la question à ces dirigeants-là, publiquement ils disent quelque chose, mais, en privé, ils disent autre chose. Et, en privé, ce qu'ils ont dit aux gens de la mission québécoise, c'est que: Faites attention.

Ça, ça a été confirmé après ça, par une étude de trois experts du Manchester Business School pour le compte de l'association des comptables agréés de la Grande-Bretagne. Ça a été confirmé par une étude de la compagnie, une des principales compagnies spécialisées en PPP, la firme de services professionnels Deloitte. Puis là on apprend qu'il y en a une quatrième, là, Pricewaterhouse, qui eux aussi mettent en grande puis ajoutent des bémols. Je pense, par exemple, on dit: «En quelques années, par exemple, le fleuron des PPP britanniques qui était le Queen Elizabeth Hospital est devenu un mouton noir. Pour la première fois, un rapport indépendant, signé par PricewaterhouseCoopers a désigné le contrat rédigé en 1998 pour le financement de la construction et la gestion du nouvel hôpital comme étant la principale cause du problème — en fait, c'est ça, la principale du cause du problème. Les experts ont établi que, malgré une gestion irréprochable, le Queen Elizabeth Hospital avait été poussé au déficit à cause d'un contrat qui lui coûte, chaque année, des millions de dollars de plus que ce qu'il paierait si l'argent était venu du gouvernement. La bulle des PPP est en train d'éclater, explique le consultant privé.»

● *(12 heures)* ●

Quand on lit ça, là, on se dit, là: Ce n'est pas une étude, ce n'est pas deux études... Ce n'est pas l'opposition péquiste qui dit ça, là. Mais, nous, notre responsabilité, c'est de dire au gouvernement: Qu'est-ce que vous faites devant tous ces signaux d'alarme qui sont allumés, puis ces mises en gardes qui sont faites, puis ces nuances et ces bémols qui sont apportés par les gens qui sont au coeur de cette expérimentation, les Britanniques, depuis plusieurs années? Ça, ça a commencé sous un gouvernement conservateur de John Major, puis ça s'est poursuivi sous un gouvernement travailliste, puis là, tout à coup, là, on commence, après un certain nombre d'années, à voir, là, qu'il y a des problèmes, des mises en garde, puis la principale critique qui est formulée: C'est bien beau, je veux dire, de faire, de concevoir des PPP pour des projets qui n'évolueront pas, d'une certaine façon pour des projets statiques, qui ne sont pas vivants. Tu sais, une autoroute, ça ne vit pas, mais un hôpital, ça vit dans le sens où c'est constamment en évolution en regard des besoins, des technologies, des changements d'approche.

Alors, ce que les gens disent, c'est que, les Britanniques disent: On se rend compte que finalement cette approche-là est beaucoup moins intéressante qu'on ne l'avait pensé, compte tenu de ce que c'est, un hôpital, puis là on a l'impression qu'au Québec...

La Présidente (Mme James): Alors, je vous inviterais à conclure, M. le député.

M. Charbonneau: ...on ne tient pas compte de ça, là, et puis qu'on se lance dans cette opération-là en ne voulant pas voir les lumières rouges allumées et les signaux d'alarme ou, disons, de mise en garde allumés par ces rapports d'experts indépendants, là.

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

M. Couillard: Je vais me permettre de prendre juste deux, trois minutes du premier bloc pour répondre au député de Borduas. Il va être d'accord, puis il l'a dit lui-même, qu'il ne faut pas être dogmatique. Il faut voir les lumières rouges puis il faut voir les lumières vertes aussi.

Alors, effectivement, les articles qui ont été publiés parlent beaucoup de l'expérience préliminaire et initiale parce que ces hôpitaux qui existent maintenant, c'est des projets qui datent de 10 ans. La formule a considérablement évolué par la suite, la preuve étant que le gouvernement britannique lui-même — ma consoeur du Trésor le disait il y a quelques semaines, ici même, à l'Assemblée — vient de lancer 50 milliards de projets de PPP, dont 20 milliards dans le domaine de la santé. Alors, si la formule était majestueusement difficile ou difficile d'application, ils ne seraient pas allés de l'avant, là. Ils ne sont pas plus nonos que les autres en gestion publique. S'ils ont pris cette décision de continuer à investir de cette façon-là, c'est que la formule a été ajustée pour tenir compte spécifiquement des remarques qui étaient dans ces articles-là et que le député de Borduas a relayées. Par exemple, la question de la congélation, entre guillemets, du projet pendant son évolution, alors que le domaine de la médecine, comme il l'a dit, vrai, justement évolue, les besoins changent.

Alors, les contrats modernes de PPP prennent en compte cette nécessité d'adapter le projet en cours d'évolution, selon l'évolution justement des technologies puis des besoins médicaux. Également la restriction qu'on fait, parce qu'un des problèmes qu'il y a eu en Grande-Bretagne, c'est particulièrement la question des services connexes, où le directeur général disait: Bien, moi, ça ne marche pas. Pour faire mon travail de directeur général, on m'enlève le contrôle de, je ne sais pas, moi, le tiers ou 40 % de mon budget de fonctionnement. Comment est-ce que je peux gérer de façon responsable? Alors, c'est la raison pour laquelle, si on va dans cette direction-là, on va aller dans une direction excessivement réduite, où on ne parle que de la coquille de l'édifice et de son maintien, et non pas des services connexes dans l'hôpital, d'une part, et, d'autre part, qu'on se dotera, si c'est le cas, d'un contrat moderne, comme ils viennent de lancer, je crois, un hôpital de 2 milliards de livres au centre-ville de Londres, là. Alors ça, quand même, je pense qu'ils ont dû tirer profit de leurs expériences et inclure dans le contrat des modalités de modification.

Maintenant, il faut être conscient que la même mécanique va se trouver en PPP que celle qu'on a en conventionnel. Ce qui se produit dans la vie d'un projet en mode conventionnel, c'est que tout le monde arrive, à chaque mois ou à chaque six mois, avec de très bonnes idées pour rendre le projet encore plus coûteux. C'est toujours comme ça. La même chose en PPP va se produire, mais là, là, il y aura, je dirais, des garde-fous qui vont nous permettre de vérifier que, si modifications il y a, elles seront vraiment liées à une bonification rendue nécessaire par l'évolution de la pratique, parce que sinon, c'est ce que j'appelle, moi, la technique des wagons. On commence avec une locomotive puis, pendant que la locomotive se promène, on ajoute progressivement plein de petits wagons à la locomotive, ce qui fait qu'on arrive avec des dépassements. Une grande partie des dépassements des projets conventionnels sont liés au fait que le projet est minimaliste initialement, et, dans le cours de son évolution, on y ajoute plein de composantes soi-disant «tant qu'à y être», comme on dit dans le langage... Mais là, on a terminé... il ne faut pas que j'empêche mes collègues de s'exprimer.

M. Charbonneau: ...M. le ministre, et, Mme la Présidente, juste une proposition de fonctionnement pour la suite, là, comme il va nous rester peut-être...

La Présidente (Mme James): ...25 minutes. On doit terminer à 12 h 30.

M. Charbonneau: C'est ça. Alors, est-ce qu'on pourrait poursuivre sur ça maintenant puis, après ça, notre collègue, de l'autre côté, pourra prendre le dernier 20 minutes puis on aura terminé? Parce que, écoutez, les gens qui nous écoutent, là, ils vont faire une parenthèse de 20 minutes, puis on va revenir sur le sujet pour cinq minutes. On serait peut-être mieux de finir en fait le temps que j'ai, qui me reste, maintenant, pour, s'il n'y a pas de...

M. Couillard: En autant qu'on ne...

M. Charbonneau: Non, non, il n'y a pas de problème, on va laisser le 20 minutes, là, du bloc.

M. Couillard: Pas de problème.

La Présidente (Mme James): Est-ce qu'il y a consentement des membres pour qu'on puisse...

Une voix: Il reste combien de temps...

La Présidente (Mme James): Mais le temps est épuisé du bloc de...

M. Charbonneau: Oui, c'est ça, sur le prochain bloc.

La Présidente (Mme James): Ce que je comprends, c'est que vous souhaitiez continuer pour un autre cinq minutes puis ensuite permettre au côté ministériel de poursuivre jusqu'à la fin.

M. Charbonneau: Voilà, c'est ça. Ça permettrait aux gens qui nous écoutent de suivre la discussion plus correctement.

La Présidente (Mme James): D'accord. Est-ce qu'il y a consentement pour qu'on puisse...

Mme Perreault: Consentement jusqu'à 12 h 9, oui.

La Présidente (Mme James): Parfait. Alors, M. le député, continuez.

M. Charbonneau: Alors, Mme la Présidente, j'entends ce que le ministre dit, mais je vois aussi... Je regarde, par exemple, ce qui était écrit dans *Le Devoir* de cette... en fin de semaine. On dit: «Depuis l'échec retentissant du Queen Elizabeth Hospital, ce questionnement est remonté jusqu'au ministère de la Santé britannique, où plusieurs projets sont en cours de réexamen. Tout en réaffirmant officiellement sa confiance dans l'approche, le ministère de la Santé a déjà annoncé une réduction de 40 % des budgets qui y sont consacrés en 2006-2007» — ça, c'est l'année financière en cours. On dit: «Le gouvernement ne le dira jamais, mais il s'agit d'une réorientation fondamentale et d'un aveu que quelque chose ne va pas, dit Sean Boyle, du London School of Economics.»

Alors, tu sais, vous me dites: La présidente du Conseil du trésor nous donne des assurances que le gouvernement britannique, ça va. Mais on d'autres sons de cloche qui nous disent qu'au gouvernement britannique il y a deux versions: il y a la version officielle puis il y a la version officieuse. Puis la version officieuse est moins rose puis moins intéressante. Comment le ministre, là, peut nous donner des assurances, à nous, les députés de l'Assemblée, qu'on va tenir compte de ça? Puis est-ce qu'il accepterait... Parce que, là, finalement, on doit se fier juste à l'agence, puis on ne sait pas comment l'agence va faire ses évaluations, là.

Puis il est clair que le gouvernement a mis une pression très forte pour qu'on aille dans ce mode-là. Est-ce

que le ministre accepterait qu'il y ait une mission parlementaire québécoise de tous les partis qui puisse aller voir ce qui s'est passé en Grande-Bretagne puis que finalement on recueille les commentaires pour qu'on puisse voir... l'expérience britannique, là, quelles leçons doit-on tirer par rapport au projet, au gros projet qu'on s'engage à réaliser avant qu'il soit trop tard peut-être?

M. Couillard: Alors, Mme la Présidente, je remercie le député de se préoccuper de nos déplacements internationaux puis de vouloir bonifier les dépenses gouvernementales à cet effet-là, mais je dirais qu'il y a déjà des déplacements qui ont été faits.

La présidente du Conseil du trésor est allée, les équipes du ministère sont allées également, justement en Grande-Bretagne. Et ce qu'il mentionne dans la lecture de l'article est tout à fait cohérent avec ce que je disais. C'est qu'effectivement on voit les projets qui sont maintenant actifs, et on constate les défauts qu'il y a eu dans la formule initiale et les modifications qu'il faut faire. Lorsqu'on dit que les budgets doivent être réduits de 30 %, 40 %, si on ne fait que la seule opération d'exclure des PPP la partie services connexes des hôpitaux, on arrive au résultat d'effectivement réduire de 30 %, 40 % le budget qui leur est consacré.

Alors, la première orientation qu'on a donnée correspond exactement à ce changement d'attitude, c'est-à-dire de limiter le partenariat à la construction d'édifices et l'entretien de la coquille et effectivement d'avoir la garantie de livraison d'un hôpital en bonne condition et, d'autre part, de permettre dans le contrat, si contrat il y a, parce qu'on est au début de la démarche, là, l'adaptation du projet en cours de réalisation compte tenu de l'évolution de la pratique médicale et des besoins qui peuvent changer.

Parce qu'on est en 2006. Mettons-nous en 2010, 2011. Quelle sera la technologie? Est-ce qu'il y aura vraiment des modifications substantielles des deux côtés? Peut-être que les appareils seront moins gros puis qu'on pourra faire des salles d'examen plus petites, par exemple. Alors, ce genre de chose là va être permise dans le contrat.

Mais encore une fois il faut regarder l'expérience britannique dans son ensemble et non pas uniquement ni les côtés positifs ni les côtés négatifs, mais faire un équilibre de la question. Et, moi, je constate que, si le gouvernement britannique va de l'avant avec des dizaines de milliards de projets de plus dans ce contexte-là, c'est qu'il a certainement la conviction qu'il a bonifié sa formule et amélioré les... je dirais, les irritants.

Et c'est là peut-être le bien-fondé, pour le Québec, d'arriver un peu tardivement là-dedans parce qu'on est en fait un des derniers États au monde des développés, avec des systèmes de santé développés qui n'utilisent pas ce mode de réalisation de projets. D'arriver en fin de course, ça nous permet de tirer profit justement des expériences des autres. Et là-dessus je ne suis pas inquiet du tout.

M. Charbonneau: Est-ce que le ministère dispose d'études, d'évaluations des expériences britanniques? On a des... outre le rapport de mission du Centre universitaire de McGill, on a trois entreprises ou trois groupes britanniques qui ont fait des évaluations puis des bilans.

Mais est-ce que le gouvernement du Québec, lui, a à sa disposition une analyse exhaustive de l'expérience britannique, des avantages et des inconvénients, puis est-ce qu'il pourrait la déposer? Puis, d'autre part, est-ce que... Comment le gouvernement envisage éventuellement la possibilité, si jamais on allait dans cette direction-là, que ce soient des capitaux étrangers qui... et donc des propriétaires, des entreprises étrangères qui deviennent propriétaires des hôpitaux québécois?

M. Couillard: L'ensemble de ces renseignements sont à l'Agence des PPP. D'ailleurs, il y a eu récemment un colloque, je crois que c'était à Montréal, sur les PPP où un des premiers ministres des États fédérés d'Australie est venu faire une présentation, parce qu'il y a eu une expérience australienne également intéressante dans le domaine des PPP.

Alors, les comparatifs internationaux sont nombreux, avec autant, je dirais, les domaines où il faut prendre garde que ceux où la formule réussit bien. Et je suis convaincu que ça va être regardé dans sa globalité, là.

● *(12 h 10)* ●

M. Charbonneau: ...Assemblée, est-ce qu'il pourrait avoir ces études-là dont vous disposez, là?

M. Couillard: Bien, il faut s'adresser à l'Agence des PPP. C'est elle qui centralise les choses, mais je dirais d'emblée qu'elle va être extrêmement réticente, compte tenu des appels d'offres à faire éventuellement, de divulguer trop de détails, là. Ça pourrait nuire considérablement au processus de négociation et d'appel d'offres.

M. Charbonneau: J'ai de la misère à suivre le ministre parce que dans le fond ce que je lui demande, ce n'est pas des détails sur comment on va faire les soumissions, mais c'est les évaluations, les études d'évaluation des expériences britanniques, là...

M. Couillard: Adressez-vous à l'Agence des partenaires public-privé. Celles qui sont terminées, disponibles, pourront être données, mais d'autres, ils seront plus, avec raison, plus réticents.

La Présidente (Mme Hamel): Alors, compte tenu de l'engagement qui a été pris, je dois maintenant céder la parole à la députée de Chauveau.

Mesures de soutien aux hommes en difficulté

Mme Perreault: Merci, Mme la Présidente. Si le député de Borduas a de la misère à suivre le ministre de la Santé et des Services sociaux, moi, j'ai aussi un petit peu de difficulté à le suivre en ce sens... D'abord, j'ai vraiment l'impression qu'il voit dans les partenariats public-privé... sa position me semble être à l'encontre de celle de notre gouvernement en ce sens qu'il ne semble pas favorable à l'implantation de partenariats public-privé, ce qui n'était pas le cas du gouvernement, de son gouvernement quand ils étaient là parce qu'ils avaient

eux-mêmes voté un projet de loi qui était pour les partenariats public-privé, notamment en transport.

Deuxièmement, suite à une audition avec les gens du Conseil du trésor, il y avait déjà des fonctionnaires, un groupe de fonctionnaires qui travaillaient du temps de son gouvernement, sur la mise en place d'une agence ou en tout cas d'un groupe qui favorisait ou qui pouvait mettre en place des partenariats public-privé.

Donc, voilà. L'autre chose, je vous dirais que... Saluons, au contraire, l'initiative du ministre quant à sa prudence sur les grands projets pour suivre ça de façon exemplaire, je dirais, pour éviter des dépassements de coûts comme ça a été le cas. Le ministre en a fait mention, mais honnêtement, Mme la Présidente, s'il y a quelque chose qui déplaît à la population, c'est quand on gère mal les fonds publics. Et, quand on a des cas comme le métro de Laval, la Gaspésia, la Cité du multimédia, Montréal Mode, la SGF, et j'en passe, honnêtement, pour la population, c'est quelque chose qui les heurte profondément et qui contribue à discréditer la classe politique dans ses agissements.

Donc, oui, bravo à la prudence. Bravo au suivi dont faisait mention le ministre et aux partenariats public-privé. L'agence est mise en place, et, moi, je fais confiance à cette agence-là et à tous ceux qui travaillent aux partenariats public-privé, tant ceux qui le faisaient du temps du gouvernement précédent que maintenant. Ils doivent être encore associés à cela, j'imagine. Donc, oui au suivi. Oui aux partenariats public-privé et avec une vigilance.

Je veux aborder un sujet... Tout à l'heure, on a abordé un sujet qui faisait les médias, mais je veux aborder un sujet aussi qui fait aussi quelques fois les médias. C'est le cas des hommes en difficulté. Malgré le fait, Mme la Présidente, que certains hommes, par leurs agissements qui sont parfois critiquables et qui occultent la vraie réalité de certains hommes qui vivent des difficultés... j'entends par là parfois des propos misogynes de certains hommes, ou des propos qui frisent la violence, ou en tout cas l'intolérance face aux femmes, il ne faut pas voir dans cette situation-là ou il ne faut pas perdre de vue qu'il y a certains hommes au Québec... ou il y a des hommes au Québec qui vivent des difficultés. Et, si souvent on voit les difficultés des femmes peut-être parce que les femmes ont plus tendance à en parler, ou elles se regroupent davantage, ou elles ont une culture de soutien qui est différente de celles des hommes, il ne faut pas oublier qu'il y a des hommes au Québec qui, pour toutes sortes de raisons, vivent des difficultés. Et je sais qu'on doit avoir une préoccupation par rapport à ça, et il ne faut pas... Ce n'est pas les hommes contre les femmes, je veux bien le dire parce qu'honnêtement de placer ça dans un contexte qui opposerait l'un contre l'autre, je pense que c'est faire une erreur. Ce n'est pas aider les hommes parce que... il ne faut pas aider... je veux dire, il ne faut pas ne pas aider les femmes parce qu'on va aider les hommes. Je pense qu'il faut être attentif aux besoins de chacun des deux.

Alors, j'aimerais entendre le ministre sur la situation des hommes en difficulté. Qu'est-ce qu'on fait pour les aider et pour les soutenir?

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

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Effectivement, il y a un comité de travail qui a été formé en 2002 d'ailleurs, en juin 2002, qui a donné ses recommandations en janvier 2004; il s'agit du rapport Rondeau. C'est un M. Rondeau, qui est de l'École de service social de l'Université de Montréal, qui était secondé par plusieurs représentants d'organismes et également de CLSC qui s'intéressent à la question. Et il y a eu des recommandations qui ont été faites dont nous assurons le suivi. On veut assurer un suivi des recommandations.

Il y en a huit qui concernent le ministère de la Santé et des Services sociaux, huit pour le gouvernement et les autres ministères, et positionner le rapport dans la foulée des nouvelles orientations gouvernementales pour une approche plus égalitaire et différenciée selon le sexe; utiliser le rapport comme outil de base de sensibilisation de la population et des intervenants sur la situation des hommes au Québec; identifier des mesures susceptibles de marquer notre engagement à court terme.

Alors, il y a un comité intraministériel qui a été mis sur pied pour opérationnaliser donc ces recommandations du rapport Rondeau. On a décidé une structure de plan d'action en trois axes, avec des grands objectifs, et un projet plus structuré devrait être déposé plus tard au printemps.

Des répondants régionaux pour le dossier de la santé des hommes ont été nommés dans 16 régions. Leur mandat sera de sensibiliser les intervenants à dresser un profil en ce qui a trait aux ressources disponibles dans ce secteur. On sait qu'il y a des problèmes spécifiques. Mentionnons, par exemple, le cancer de la prostate, les maladies cardiovasculaires — quoique, dans le cas des maladies cardiovasculaires, les femmes font malheureusement une remontée assez significative, compte tenu des habitudes de vie qui changent, notamment du stress et du tabagisme — taux de suicide, particulièrement chez les hommes, très, très, très préoccupant, isolement, dépression, décrochage, itinérance, etc. Et donc il faut bien sûr mieux comprendre ces phénomènes pour agir, et c'est ce qu'on est en train de faire. Donc, dépôt d'un plan d'action plus détaillé à la fin du printemps 2006.

La Présidente (Mme James): Alors, Mme la députée de Chauveau.

État de la situation concernant la désinstitutionnalisation

Mme Perreault: Oui, je veux aussi aborder un autre sujet, Mme la Présidente, si vous me le permettez, celui de la désinstitutionnalisation — c'est un mot qui est assez long.

Honnêtement, j'ai, dans mon comté, un organisme communautaire qui se voue finalement à des personnes en difficulté ou à des problématiques pas nécessairement en santé mentale, mais ça peut être aussi qui ont des maladies mentales ou en tout cas qui présentent des différences, et qui joue un rôle extrêmement important. Et dernièrement on a eu des médias qui ont fait état de personnes qui avaient été désinstitutionnalisées et qui présentaient

peut-être des comportements qui pouvaient être violents. Et, moi, je pense qu'il faut être prudent dans des cas comme ceux-là parce qu'il ne faut pas mélanger toutes les problématiques. Et il faut être extrêmement prudent parce qu'il y a des gens qui sont sortis des institutions, aujourd'hui, qui fonctionnent très bien. Qui ne le font peut-être pas comme vous et moi, qui le font avec des différences, mais tout de même qui parviennent à tirer leur épingle du jeu, et, moi, je pense que c'est important qu'ils puissent vivre librement, en autant qu'on puisse les soutenir par rapport à des activités où ils ont peut-être besoin.

C'est le cas du Centre de l'espoir chez nous qui va aider, par exemple, des gens qui ont peut-être plus de difficultés au niveau de leur comptabilité, ou etc., tu sais, pour établir leurs paiements à tous les mois, gérer leur argent. Mais, une fois qu'ils sont accompagnés, honnêtement, ils fonctionnent très bien, et je pense que c'est un plus pour notre société aussi qu'ils puissent vivre parmi nous, en même temps nous présenter des différences qui peuvent être extrêmement positives dans une société comme la nôtre.

Il faut faire attention aussi avec les gens qui présentent peut-être des problèmes en santé mentale, qui peuvent être en période de crise et qui, pour toutes sortes de raisons, pendant une période de crise, pourraient poser des gestes qu'ils ne feraient peut-être pas normalement et pour lesquels on n'a pas toujours la barrière au moment où ça arrive. Alors, j'aimerais entendre le ministre là-dessus.

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

M. Couillard: Bien, merci, Mme la Présidente. La question de la députée de Chauveau permet de clarifier certains éléments, parce qu'on parle beaucoup de la désinstitutionnalisation, également connue sous le vocable de désins dans le milieu, qui est plus facile à prononcer.

Ce qu'il faut reconnaître, c'est que ce n'est pas un phénomène en cours, c'est un phénomène qui s'est déjà fait. La dernière grande phase de sortie des personnes des institutions s'est faite de 1994 à 1998. Il reste encore quelques îlots, là, à Rivière-des-Prairies particulièrement et à Giffard. Giffard d'ailleurs a fortement accentué le mouvement; à Rivière-des-Prairies, il y a encore quelques personnes qui doivent être réévaluées. Mais on a donc fait ce mouvement déjà depuis plusieurs années, et ce qui doit être fait parallèlement, c'est de toute évidence continuer à transférer les budgets de santé mentale des établissements psychiatriques vers la communauté.

Et déjà il y a des progrès considérables qui ont été faits puisqu'historiquement c'était de l'ordre de 80-20: 80 % des budgets de santé mentale dans les établissements de santé mentale, 20 % en communauté. On est actuellement à 60-40, ça s'est inversé: 60 % en communauté, 40 % dans le domaine des institutions psychiatriques. Mais on a vu tantôt, lors de la discussion du plan d'action, qu'on veut aller encore plus loin dans ce transfert de ressources, notamment par un transfert d'environ 43 millions de dollars des hôpitaux psychiatriques vers les mouvements communautaires. Parce que ce n'est pas la mission nécessairement d'un hôpital psychiatrique de s'occuper de l'hébergement dans la communauté, du suivi intensif des situations de crise. On a donc continué, avec le plan d'action, à être dans cette direction-là, qui s'appuie, le plan d'action, sur six principes directeurs: le pouvoir d'agir, la capacité des personnes de faire des choix, le rétablissement, l'accessibilité, la continuité, le partenariat et bien sûr l'efficience.

● *(12 h 20)* ●

Au 1er avril 1985 — un petit élément historique — on estimait à 2 303 le nombre de personnes dites asilaires, c'est-à-dire dans les concentrations d'hôpitaux psychiatriques; en 2006, on estime qu'il reste environ 600 patients en hôpital et 800 patients hébergés dans la communauté. On parle des personnes qui nécessitent des soins de longue durée ici, pas de toutes les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Donc, de 2 300 à 600.

Le 31 mars 1995, le Québec comptait 6 000 lits de soins psychiatriques de courte et de longue durée, excluant les lits pour la déficience intellectuelle, l'administration de la justice et les lits de pédopsychiatrie. Au 31 mars 2005, le nombre de lits est réduit à 3 684, donc de 6 000 à 3 684.

Alors, on vise à atteindre, pour le plan de l'hospitalisation pour 2010, à atteindre la cible de 0,4 lit par 1 000 habitants pour les adultes et de 0,02 lit par 1 000 habitants pour les enfants, et on est en direction d'atteindre cet objectif-là qui nécessite 3 000 lits. On est à 3 684 lits. Si on veut descendre à 0,4 lit pour 1 000 habitants, c'est 3 000 lits, total, de plus, adultes — rappelons qu'on était à plus de 8 000 historiquement — et, pour les enfants, c'est 684 lits dont on a besoin, dont on doit également accélérer la transformation. Donc, on constate qu'il y a un excédent de 684 lits par rapport aux besoins estimés en santé mentale pour la population adulte du Québec.

Sur le plan des services dans la communauté, je reviens à ce que je disais tantôt, on a inversé la tendance d'investissement entre la communauté et les centres hospitaliers puisqu'on est parti de 54 % en 1994-1995, et, dans les années soixante-dix, quatre-vingt, c'était encore plus important, jusqu'à 40 % actuellement. Donc, ce mouvement de désinstitutionnalisation est presque complété. Il faut le compléter pour atteindre les cibles de nombre de lits par habitant et en parallèle transférer des ressources dans les communautés, soit au moyen des nouveaux investissements — je rappelle qu'on a injecté 56 millions dans le domaine de la santé mentale au cours des trois ou quatre dernières années — mais également de transférer 15 % environ des ressources des hôpitaux psychiatriques dans la communauté. Et ça, on suit ça de très près, de façon à ce que ces transferts se fassent réellement et de façon perceptible pour les organismes communautaires particulièrement et les établissements de première ligne.

Dans le cas des organismes communautaires, on a eu l'occasion récemment de commenter une des cibles du plan d'action qui vise à ce que, dans chaque région sociosanitaire, 10 % de l'enveloppe budgétaire globale en santé mentale soit adressée aux organismes communautaires. Dans neuf régions sur 16, on a atteint la cible. À Québec, ici, la Capitale-Nationale, on est à 8,3 %, 8,5 %, on est en bonne direction d'atteindre cette cible-là. Il faut absolument impliquer les organismes communautaires dans ce transfert de ressources. C'est ce

qu'on a fait et c'est ce qu'on a l'intention de faire au cours des prochaines années.

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

Intentions concernant le programme Soutien aux organismes communautaires

Mme Hamel: Oui, merci, Mme la Présidente. Permettez-moi de rester dans le sujet des organismes communautaires. On sait que, sur les 5 000 organismes communautaires au Québec, plus de 3 000 ont pour ministère d'attache le ministère de la Santé et des Services sociaux, à titre de partenaires du réseau. Sur le terrain, dans nos circonscriptions, nous sommes en contact presque quotidien avec ces organismes et nous sommes régulièrement interpellés à propos de leur financement.

J'aimerais entendre le ministre sur la situation du programme SOC et à quoi les organismes communautaires peuvent s'attendre.

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

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Le Programme de soutien aux organismes communautaires existe depuis 1976... 1973, pardon, et sa gestion a été décentralisée au profit des agences régionales, qui étaient les régies à l'époque, en 1994. Le ministère de la Santé et des Services sociaux conserve la responsabilité du soutien des organismes à rayonnement national — il y en a quelques-uns parmi nous. Ce programme poursuit trois objectifs: reconnaître et promouvoir l'action des organismes, offrir le soutien et l'information à ces organismes et apporter bien sûr le soutien financier aux organismes communautaires. C'est le plus vieux et le plus important programme gouvernemental de soutien financier aux organismes communautaires.

En 2005-2006, 82 % des sommes consenties à des organismes communautaires par le ministère et les agences régionales l'ont été en soutien à la mission globale. Et on sait que c'est un grand objectif du mouvement communautaire que le pourcentage de financement attribué à la mission globale soit de plus en plus stabilisé. Par l'entremise... En 2005-2006, il y a eu 6,83 % d'augmentation par rapport à l'année précédente, ce qui est intéressant parce que, contrairement à certaines perceptions, le budget attribué aux organismes communautaires est en croissance constante au Québec, et ceci, depuis plusieurs années. À titre d'illustration, en 2002-2003, le soutien financier total des groupes communautaires oeuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux était de 274 333 000 $; il est actuellement de 348 875 000 $.

Alors, ça représente énormément d'argent parce qu'en sus de l'indexation de 2,2 %, on a rehaussé, au niveau des agences, dans le cadre des plans d'action, le budget pour 6 millions. Les centres de femmes ont été l'objet d'un financement supplémentaire, de même que les maisons d'hébergement et les centres pour hommes violents, et la sécurité alimentaire est devenue récurrente. Il faut se souvenir que les gouvernements précédents avaient accordé 3,4 millions sur trois ans, mais de façon non récurrente. On a rendu récurrentes ces sommes, donc 14,4 millions en 2005-2006.

En 2006-2007, il y a encore l'indexation de 2,3 % plus une somme supplémentaire de 3 millions relative à l'annualisation de 5 millions en violence conjugale; 1 million également pour la question des agressions sexuelles dans les CALACS; 500 000 $ accordé au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes; et, en plus de cette somme, une partie du 5 millions pour trois ans accordé aux maisons de jeunes dans le cadre de la stratégie jeunesse. Alors, je pense qu'il y a énormément de progrès qui se fait actuellement et pour le statut et pour le financement de cet organisme-là. Bien sûr, les besoins sont toujours immenses, et on les faits dans... on accomplit ces progrès dans le cadre de la gestion saine des finances publiques.

Pour les années à venir, on prévoit que la gestion des sommes consenties en mission globale aux organismes communautaires demeurera sous la responsabilité du palier régional. La gestion des ententes de services et des projets avec les organismes pourrait être faite à la fois par les centres de santé et de services sociaux et les agences.

Il y a un comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire qui a débuté ses travaux en mai 2004, au ministère, et qui est en cours de travail actuellement. En novembre 2005, le bilan des activités relatives à l'harmonisation du programme SOC indique que toutes les agences ont entrepris des travaux sur les éléments qui ont été convenus dans ce comité-là.

En août 2004, on se souvient qu'on avait déposé un Plan d'action gouvernemental en action communautaire qui prévoit l'encadrement gouvernemental des organismes pour accroître la transparence de la reddition de comptes et harmoniser les modes de reddition de comptes, accroître la place et le rôle des organismes dans la définition des politiques publiques, développer et consolider les mécanismes de consultation, réfléchir sur le soutien à la vie associative, les travaux sur le financement des organismes afin d'évaluer les dédoublements possibles d'organismes, de mettre aux normes différents programmes et les mécanismes de reddition de comptes en tenant compte des recommandations du Vérificateur général et d'harmoniser les différents soutiens gouvernementaux consentis à un même organisme: mission globale, entente de services, projets économie sociale, autant au sein d'un même ministère qu'entre différents ministères.

Donc, les principes directeurs sont établis dans les relations entre le gouvernement et les organismes communautaires. Le cadre de référence est établi, donne des balises d'interprétation, et les travaux de notre ministère s'inscrivent en continuité et en complémentarité avec le plan d'action gouvernemental qui a été déposé en 2004.

La Présidente (Mme James): Merci. Je vous permettrai, il reste à peu près deux minutes, une brève question, sinon on va ajourner.

Mme Hamel: Ça va, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme James): Alors, compte tenu de l'heure, j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 12 h 28)