



ASSEMBLÉE NATIONALE

TROISIÈME SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

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

Le lundi 18 avril 1994 — No 5

Président: M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

115 \$ débats de la Chambre — 10 \$ Index
325 \$ débats des commissions parlementaires
105 \$ commission de l'aménagement et des équipements
75 \$ commission du budget et de l'administration
70 \$ commission des institutions
65 \$ commission des affaires sociales
60 \$ commission de l'économie et du travail
40 \$ commission de l'éducation
35 \$ commission de la culture
20 \$ commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation
5 \$ commission de l'Assemblée nationale

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
5, Place Québec, bureau 195
Québec, (Qc)
G1R 5P3

téléphone: 418-643-2754
télécopieur: 418-528-0381

Courrier de deuxième classe; numéro d'enregistrement: 1762

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Organisation des travaux	CAS-137
Déclarations d'ouverture	
Mme Lucienne Robillard	CAS-137
M. Rémy Trudel	CAS-142
M. William Cusano	CAS-146
M. Russell Williams	CAS-149
M. Paul Philibert	CAS-152
Mme Lucienne Robillard	CAS-154
Mme France Dionne	CAS-157
Services des centres locaux de services communautaires	CAS-158
Objectif budgétaire inscrit dans le «Défi qualité-performance»	CAS-159
Développement des laboratoires privés au Québec	CAS-164
Utilisation par la CSST des lits fermés dans les hôpitaux	CAS-167
Décroissance des transferts fédéraux pour les programmes établis	CAS-168
Défense de la position traditionnelle du Québec auprès du fédéral	CAS-169
Information sur les services offerts à la population	CAS-171
Ententes signées avec les deux fédérations de médecins au Québec	CAS-173
Désassurance de services	CAS-174
Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS)	CAS-177
Coordination de la recherche	
Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)	CAS-179
Recherche sur le cancer de la prostate reconnue comme priorité	CAS-180

Autres intervenants

Mme Pierrette Cardinal, présidente

- * M. Pierre Roy, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. Reynald Gagnon, idem
- * M. André Bergevin, idem
- * Mme Denise Laberge, CQCS
- * M. Fernand Labrie, FRSQ

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le lundi 18 avril 1994

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux

(Quinze heures sept minutes)

La Présidente (Mme Cardinal): Alors, la commission des affaires sociales est réunie afin d'étudier les crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'année financière 1994-1995. Alors, Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. M. Camden (Lotbinière) sera remplacé par M. Bergeron (Deux-Montagnes); M. Khelfa (Richelieu) par Mme Pelchat (Vachon); et M. Rivard (Rosemont) par Mme Bleau (Groulx).

Organisation des travaux

La Présidente (Mme Cardinal): Merci. Alors, est-ce qu'il y aurait des propositions quant à l'ordre de l'étude des programmes? M. le député.

M. Trudel: Mme la Présidente, tout cela a fait l'objet de discussions préliminaires entre l'immense équipe de recherche de l'Opposition et les quelques personnes qui sont avec la ministre. Et nous avons pu nous entendre pour suivre, dans la discussion, l'ordre de présentation des crédits déposés par Mme la présidente du Conseil du trésor, si bien que, suivant la tradition, je pense bien que Mme la ministre aura une déclaration d'ouverture et, pour ma part, j'aurai quelques notes d'ouverture aussi, si cela vous agréé.

La Présidente (Mme Cardinal): Est-ce qu'on prévoit que les programmes vont être mis aux voix à la fin des travaux?

M. Trudel: Tout à fait.

La Présidente (Mme Cardinal): Tout à fait. Alors, je pense que, devant l'importance de cette commission, on peut accueillir tous et chacun. Ici, on voit que la salle est bien garnie. Et, si vous me permettez, je vais rappeler l'enveloppe de temps dévolue à l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie, à savoir: volet santé et services sociaux, 11 heures; volet condition des aînés, 2 heures; Office des personnes handicapées du Québec, 2 h 30; volet polytoxicomanie et adoption internationale, 2 h 30, pour un total de 18 heures. C'était tel qu'entendu. Alors, maintenant, j'invite la ministre...

M. Williams: Mme la Présidente, avant de procéder, est-ce que je peux juste clarifier les remarques

de mon collègue: pendant le temps pour les remarques préliminaires, les députés sur mon côté peuvent avoir aussi quelques commentaires?

La Présidente (Mme Cardinal): Ça va vers l'alternance?

M. Williams: Ça ne me dérange pas, ça, mais j'ai voulu juste clarifier qu'on peut en avoir quelques-uns aussi. Est-ce que c'était bien...

M. Trudel: Vous pouvez.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Je n'ai pas demandé votre permission, M. le député; j'ai cherché une clarification, c'est tout. Et est-ce que c'est ça que vous voulez?

M. Trudel: Tout à fait. C'est dans la ligne de la tradition de nos débats et, même si Mme la députée de Châteauguay préside pour la première fois nos débats, si vous vous référez aux quatre années antérieures, vous seriez témoin de vigoureux débats, mais jamais de divisions, jamais de chicanes.

La Présidente (Mme Cardinal): Effectivement.

M. Trudel: Ça a toujours été très bien à la défense des crédits de la Santé et des Services sociaux; je ne verrais pas pourquoi on ne continuerait pas dans la même tradition, tel que le député de Nelligan l'a souvent vécu, d'ailleurs.

M. Williams: Merci beaucoup.
(15 h 10)

La Présidente (Mme Cardinal): Alors, j'invite Mme la ministre à prendre la parole.

Déclarations d'ouverture

Mme Lucienne Robillard

Mme Robillard: Mme la Présidente, mesdames et messieurs, membres de la commission des affaires sociales, la commission entreprend aujourd'hui l'examen des crédits 1994-1995 du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Ces crédits sont de 12 900 000 000 \$ et ils servent à financer le secteur d'activité le plus important de l'ensemble du gouvernement. Le gouvernement consacre, en effet, 30,4 % de ses dépenses pour offrir à la population des services visant à améliorer sa santé et

son bien-être. C'est sans contredit un secteur qui est au coeur des préoccupations de toutes les Québécoises et de tous les Québécois. Aussi, c'est avec plaisir que je me présente devant vous, Mme la Présidente, et devant les membres de la commission aujourd'hui pour entreprendre l'examen de ces crédits. En premier, je vous ferai part des principales réalisations qui ont marqué l'année financière qui vient de se terminer et, ensuite, je porterai à votre attention les orientations majeures pour 1994-1995.

Avant d'aborder ces questions, je tiens à vous souligner que, à mon arrivée comme ministre de la Santé et des Services sociaux le 11 janvier dernier, je me suis réjoui de constater que les régies régionales, les établissements, les organismes bénévoles, les professionnels de la santé et des services sociaux, ainsi que le personnel du ministère et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec partagent la même préoccupation, à savoir améliorer la santé et réduire les problèmes sociaux de la population québécoise. Cet objectif commun est essentiel pour que nous puissions compter sur l'engagement de tous ces intervenantes et de ces intervenants à centrer les services sur les personnes et à leur donner des services de qualité qui répondent à leurs attentes.

Regardons ensemble les principales réalisations de 1993-1994. Après les débats sur la réforme qui ont ponctué les années qui précédaient, l'année 1993-1994 a été en quelque sorte une année de travail sur le terrain pour implanter la politique de la santé et du bien-être, la régionalisation et les divers éléments de la réforme. Elle a, notamment, permis aux régies régionales, aux conseils d'administration unifiés et aux centres de protection de l'enfance et de la jeunesse d'amorcer l'exercice de leurs nouvelles responsabilités, et au ministère de constituer le Conseil de la santé et du bien-être, de même que le Conseil des aînés.

La politique de la santé et du bien-être, qui est la pièce majeure de la réforme, a doté le Québec d'objectifs de résultat vers lesquels les efforts du réseau doivent converger. Pour en détailler les objectifs en matière de périnatalité et proposer des buts et des stratégies spécifiques d'intervention auprès des milieux socio-économiquement défavorisés où il faut prévenir avec plus d'intensité les naissances d'enfants de faible poids, le ministère a publié une politique à cet effet au début de l'année 1993-1994.

L'atteinte des résultats que vise la politique de la santé et du bien-être ne saurait se réaliser sans une opération délicate qui consiste à l'adapter aux particularités régionales. C'est dans ce genre d'opération que l'essence même de la régionalisation entre en jeu. Elle doit assurer la participation de la population de façon à mieux adapter les services aux besoins prioritaires de chacune des régions et à rapprocher la décision la plus près possible de l'action. Aussi, en collaboration avec les citoyennes et les citoyens qui y sont représentés, les établissements et les organismes bénévoles, les régies ont-elles entrepris, dès cette année, d'élaborer

leurs priorités régionales de santé et de bien-être dans le but de s'approprier les objectifs que le Québec s'est donnés en cette matière et de définir les actions conséquentes dans leur région. La primauté à accorder à la population s'est aussi traduite par une protection accrue des droits des personnes desservies par le réseau, et des actions ont été entreprises à cet égard. Les comités d'usagers ont été renforcés et le régime de traitement des plaintes des personnes a été révisé. De plus, le Commissaire aux plaintes est entré en fonction.

Dans des perspectives à plus court terme, les régies ont aussi réorganisé les services de santé publique, nommé leur directeur qui en est responsable et préparé leur plan régional d'organisation des services afférents. Elles ont participé, également, à l'élaboration des cadres de référence sur l'effectif médical en santé publique et en centres locaux de services communautaires. Elles ont, de plus, entrepris d'élaborer pour leur région le plan d'effectifs médicaux, conformément au cadre de référence adopté par le ministère. Elles ont aussi assumé leurs nouvelles fonctions de veiller à la bonne gestion financière des établissements de leur région. Avec l'année 1994-1995, les régies s'impliqueront pleinement dans l'allocation des ressources aux établissements et, de plus, l'octroi des subventions aux organismes communautaires relèvera dorénavant de leur compétence.

Dans l'ensemble des orientations reliées à la réforme, le ministère avait confirmé la priorité à accorder aux ressources alternatives et légères. C'est dans cet esprit qu'il a mené à terme la révision de la classification des familles et des résidences d'accueil afin de reconnaître et de compenser à leur juste valeur les services qu'elles rendent aux personnes qu'elles supportent.

Enfin, il y avait les personnes qui avaient pu être infectées par le VIH lors d'opérations chirurgicales ou de transfusions sanguines faites entre 1978 et 1985. Pour qu'elles sachent ce qu'il advenait de leur situation, une campagne massive de dépistage vient d'être menée à terme avec la collaboration des intervenants du réseau. La bonne marche de ces opérations et de toutes les autres reliées à la politique de la santé et du bien-être, ainsi qu'à la régionalisation demandait une concertation sur tous les aspects. Le ministère et les régies régionales se sont dotés de comités conjoints au plus haut niveau à cet effet, dont les travaux ont permis d'atteindre des résultats forts intéressants. Les travaux de ces comités se poursuivent actuellement. Voilà des réalisations peu connues où des efforts remarquables ont été faits. L'esprit de partenariat dans lequel elles se sont faites est un acquis de taille pour l'avenir.

Les réalisations de 1993-1994 ne se sont cependant pas limitées à l'implantation de la réforme, car il s'avérait important de faire progresser l'aide à des groupes de personnes particulièrement vulnérables comme, par exemple, les jeunes, les toxicomanes, celles ayant des déficiences physiques ou mentales et celles atteintes ou susceptibles d'être atteintes par le cancer.

Les problèmes que la jeunesse rencontre devaient trouver une réponse immédiate, car c'est l'avenir de notre collectivité qui est en cause. L'année qui vient de se terminer a été consacrée à développer plusieurs volets du Plan d'action jeunesse et, principalement, le virage prévention. Les interventions ont touché tous les groupes: ceux d'âge préscolaire, du primaire et les plus âgés.

Les personnes toxicomanes, pour lesquelles une politique globale d'intervention a été adoptée par le gouvernement, avaient, elles aussi, des besoins urgents. Les principales réalisations à ce chapitre, en 1993-1994, ont consisté à consolider les services de réadaptation dans les régions moins bien pourvues et à améliorer l'accessibilité aux services pour la population anglophone du Grand Montréal.

Les personnes ayant des déficiences physiques ou mentales requéraient des améliorations dans les services qui leur sont destinés. Des ressources additionnelles ont été allouées aux régies régionales afin de favoriser l'accessibilité des services destinés aux personnes ayant une déficience physique et de maintenir dans la communauté celles présentant des déficiences intellectuelles.

Les organismes communautaires ont joué un rôle capital auprès des groupes de personnes que je viens de mentionner, ainsi qu'auprès des itinérants, des femmes victimes de violence et d'agressions sexuelles. La consolidation générale des organismes communautaires était un autre sujet pressant. C'est dans cette ligne d'action que le ministère s'est engagé, en 1993-1994, à l'endroit des organismes communautaires et, nonobstant le contexte de restrictions budgétaires, 6 000 000 \$ additionnels leur ont été alloués.

Par ailleurs, il était important d'intervenir auprès des personnes cancéreuses, dont la maladie est extrêmement éprouvante tant pour elles-mêmes que pour leurs proches, et auprès de celles plus susceptibles d'en être atteintes. Un plan d'action a été mis en marche pour développer les services de radiothérapie, ainsi qu'un programme de dépistage du cancer du sein. Les premiers gestes ont été posés et, à cet effet, nous avons récemment discuté, dans cette commission, des amendements que j'ai proposés à la Loi sur l'assurance-maladie pour habiliter le gouvernement à désigner les lieux d'exercice des services de mammographie, de façon à offrir une garantie de qualité du dépistage. Les suites appropriées seront données à ce programme.

Sur un autre plan, les ententes avec la Fédération des omnipraticiens du Québec et avec celle des médecins spécialistes viennent d'être conclues en conformité avec la politique salariale du gouvernement. Celles-ci consacrent la volonté du corps médical et du gouvernement de rechercher ensemble, dans un nouveau partenariat, des solutions aux problèmes d'organisation et de financement des services publics de santé. L'entente avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec comporte des dispositions pour améliorer la pratique médicale sans que les services à la population soient affectés, tout en permettant de ralentir la croissance des dépenses publiques de santé.

Je n'ai pas accepté de m'engager dans une voie de réduction de services et c'est pourquoi vous constaterez un redressement de 50 000 000 \$ de la base budgétaire 1994-1995 des services médicaux à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Je porte aussi à votre attention les mesures convenues qui entraîneront une meilleure utilisation et une répartition géographique plus appropriée des effectifs médicaux. Cette question avait soulevé des débats importants et un dénouement au bénéfice de la population est intervenu. Les services médicaux seront donc plus facilement accessibles pour répondre aux besoins de la population.
(15 h 20)

Mme la Présidente, regardons, par ailleurs, les orientations pour l'année qui vient. Pour l'année 1994-1995, les grandes lignes d'action qui se présentent dans le secteur de la santé et des services sociaux sont de réaliser le «Défi qualité-performance» en accentuant deux priorités dont je me soucie particulièrement: l'amélioration de la qualité des soins et services aux personnes et la valorisation des rôles de la personne, de la famille et de la communauté.

Avant d'aborder ces questions, je voudrais toutefois situer les perspectives budgétaires du ministère et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ainsi que les interventions qui seront faites pendant l'année qui vient. Les crédits pour l'année financière 1994-1995 sont de 10 091 000 000 \$ pour le ministère et de 2 831 000 000 \$ pour la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Par rapport à 1993-1994, ils augmentent globalement de 1,3 %, ce qui reflète la préoccupation du gouvernement d'en ralentir le rythme de croissance et de répondre aux nouveaux besoins dans le secteur de la santé et des services sociaux, tout en tenant compte du contexte des finances publiques.

Excluant une hausse de 166 300 000 \$ pour ajuster la rémunération des facteurs de production, principalement la main-d'oeuvre, les crédits du ministère permettront d'allouer 132 100 000 \$ à de nouveaux besoins dans la santé et les services sociaux. Parmi les grandes composantes de ces crédits, il y a, en premier lieu, 59 100 000 \$ pour tenir compte des augmentations de coûts que génèrent le vieillissement de la population, le développement de la technologie médicale et l'accroissement des clientèles. Ensuite, 25 000 000 \$, provenant d'économies que les régions feront, leur seront réalloués. Un montant de 15 000 000 \$ le sera pour le maintien à domicile des personnes âgées et l'alourdissement des clientèles hébergées, et un autre montant de 10 000 000 \$ sera réservé pour des priorités régionales. Des crédits additionnels de 21 900 000 \$ serviront à des développements reliés principalement à des augmentations de capacité des établissements, et 15 100 000 \$ seront utilisés pour l'achat de produits sanguins et de facteurs de coagulation de haute pureté. Enfin, 6 000 000 \$ viendront augmenter les ressources pour le maintien à domicile des personnes handicapées et 5 000 000 \$ serviront pour la prévention du cancer causé par le tabagisme.

En ce qui a trait aux crédits de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ils augmentent de 69 700 000 \$, dont 63 000 000 \$ pour refléter la hausse de la pratique professionnelle, de la clientèle et des prix.

Par ailleurs, la prévision de crédits du ministère comprend des mesures d'économie de 204 200 000 \$, reflétant la préoccupation du gouvernement de ralentir le rythme de croissance des dépenses publiques et de rendre le système de santé et de services sociaux plus abordable pour la population. C'est pourquoi 197 700 000 \$ d'amélioration de productivité et d'efficacité seront demandés au réseau cette année. Celles-ci seront faites dans le cadre du «Défi qualité-performance» que je viens de transmettre aux établissements après en avoir reconsidéré les cibles initiales. Il m'apparaissait essentiel que le «Défi qualité-performance» ajuste le système de santé et de services sociaux à notre capacité de payer, sans toutefois le faire au détriment des services aux personnes. Les acquis doivent être protégés et il n'est pas question, dans mon esprit, que le niveau et la qualité des services pertinents soient réduits.

La finalité intrinsèque du Défi est d'actualiser la vision de la santé et du bien-être que, collectivement, nous nous sommes donnée. Pour moi et pour toutes les personnes que le régime public dessert, il doit nécessairement aller au-delà des questions d'augmentation d'efficacité et d'efficacité et conduire le système actuel vers un système plus sensible à répondre aux véritables besoins de la population, plus accessible et plus humain envers elle et dont la qualité des services sera encore meilleure.

Pour orchestrer ces changements, le «Défi qualité-performance» impliquera la participation de tout le réseau, ainsi que celle de la population, car c'est le moyen dont le ministère s'est doté pour cibler, dans une perspective pluriannuelle, les stratégies et les actions nécessaires pour finaliser la réforme, pour actualiser la politique de santé et du bien-être et pour améliorer la performance et la qualité de nos services. L'articulation de ces trois orientations guidera le secteur de la santé et des services sociaux pour les prochaines années.

Dans une première orientation du plan, qui est de consolider les fondements de la réforme, je me suis fixé comme objectif de compléter sous peu la mise en place des comités des usagers. L'implication et la participation active de la population doivent être favorisées le plus possible pour que ses besoins soient au centre des décisions des régies régionales et des établissements. Un autre volet de la consolidation de la réforme sera de donner un peu d'oxygène à nos établissements. Les gestes et les décisions sont trop souvent conditionnés par le respect des multiples normes et règles qui ont été édictées. L'atteinte des résultats doit remplacer une gestion où la conformité aux normes est un leitmotiv que l'on retrouve trop souvent. C'est pourquoi j'ai demandé qu'une emphase soit mise sur les travaux de déréglementation dans l'optique de favoriser une organisation mobile des services.

Entre-temps, les régies se sont engagées avec le ministère dans un processus innovateur où, sur la base d'un protocole d'entente, des objectifs respectifs seront convenus, évitant ainsi différentes formes de contrôle des gestes quotidiens qui auraient pu se développer. La reddition de comptes se fera en fonction de l'atteinte des résultats prévus. Nous avons, ici, l'essence même de la décentralisation et son corollaire, l'imputabilité. Ces protocoles traduisent également l'esprit de la déréglementation que je veux favoriser et dans laquelle tout le réseau doit s'engager.

Une seconde orientation du plan d'action, mais non la moindre, est d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de toutes et de tous, ainsi que la qualité des soins et des services. À cet effet, les régies ont entrepris l'élaboration de leurs priorités en s'appuyant sur la politique de la santé et du bien-être et en l'adaptant aux particularités de leur région. Il y a là un travail de longue haleine qui est bien entrepris et qui se poursuivra. Pour lancer dès maintenant l'actualisation des priorités que les régies régionales ont commencé à se donner, j'allouerai un montant de 10 000 000 \$ aux régies régionales et chaque régie décidera de l'utilisation de la somme qui lui sera versée en conformité, évidemment, avec les objectifs de la politique de santé et de bien-être. (15 h 30)

La troisième orientation est d'augmenter la performance d'ensemble du système, car il aura, en 1994-1995, à contribuer à l'effort de redressement des finances publiques, comme dans tout autre secteur. L'amélioration de la productivité demandée aux établissements a été répartie entre les régies régionales en fonction d'une formule d'équité interrégionale. Cette orientation implique leur participation active, car pour une première fois la détermination des cibles spécifiques d'amélioration d'efficacité et d'efficacité relèvera des régies régionales. Elles assumeront donc une responsabilité de premier ordre dans leur révision de l'organisation du réseau et de la configuration des services afin de les rendre plus performants et moins coûteux. En même temps, il leur faudra réexaminer avec les établissements les façons de faire, les pratiques, les processus et les modes de travail dans l'optique d'une meilleure efficacité.

Tel que je vous l'ai déjà mentionné, il m'apparaît essentiel que toutes les opérations reliées au «Défi qualité-performance» soient guidées par la vision des services sociaux et de santé que nous nous sommes donnée. La qualité des services, leur personnalisation et leur humanisation en sont le cœur. C'est pourquoi j'ai fixé des objectifs stratégiques précis, dont un premier est de mettre l'accent sur l'amélioration du niveau de la qualité des services, tout en visant une dispensation des services et des soins qui soit dorénavant plus efficace et plus efficiente. L'intégration des services et la concertation entre les établissements me sont apparues comme un second objectif stratégique à viser. Les établissements sont les maillons d'une chaîne au service des personnes. Ils devront s'ouvrir les uns par rapport aux autres et

opérer vraiment en réseau pour offrir des services appropriés et continus à chaque personne qu'ils desservent. Enfin, le troisième objectif que j'ai fixé est de faire porter le questionnement des façons de faire, pratiques, processus et modes de travail sur les services périphériques à la mission principale des établissements.

Je voudrais aussi insister, Mme la Présidente, sur deux volets qui devront animer ces objectifs et même les transcender. Le premier, qui me préoccupe au plus haut point, est le rehaussement de la qualité des soins et des services sous l'angle de leur humanisation et de leur personnalisation. La compétence technique et le professionnalisme des personnes oeuvrant dans le réseau ne peuvent être mis en doute, et les standards de service sont généralement excellents, mais plusieurs commentaires ont été portés à mon attention sur le caractère distant et parfois froid de l'accueil que certains établissements réservaient aux personnes qu'ils desservent. La question n'est pas de savoir si l'accueil était réellement froid ou distant; l'important, c'est ce que l'utilisateur de services en retient. Il a parfois eu l'impression d'être un intrus et de déranger.

Le réseau de la santé et des services sociaux a justement été mis en place par les citoyennes et les citoyens du Québec pour leur propre bénéfice. Sur ce plan, il n'y a pas de compromis qui soit possible et ils sont en droit d'exiger de la qualité dans leurs relations avec le personnel qui donne les services sociaux et les services de santé. Cette qualité se retrouve, entre autres, dans l'accueil des personnes, dans la façon de prendre en considération leurs attentes concrètes, dans l'information qu'on leur donne et dans la façon en soi de donner le service attendu. J'ai donc demandé que l'on s'oriente sans équivoque vers une plus grande personnalisation et humanisation des services.

Aussi, dans les mois qui vont suivre, je rencontrerai les régies régionales, les différentes associations et corporations représentant les établissements, leurs personnels et les personnes desservies par le réseau pour définir les mesures les plus appropriées et pour obtenir l'engagement des intervenants dans cette voie. Dans cette préoccupation de qualité des services, les lignes d'Info Santé apparaissent répondre à cette orientation, car elles permettent aux personnes de mieux évaluer si elles doivent se présenter en établissement. Ainsi, la pression sur les services d'urgence peut être allégée et le personnel qui y travaille peut offrir un meilleur service aux personnes.

Les évaluations que j'ai reçues des services en place sont positives. Je rendrai donc ce service accessible à toutes les régions du Québec en 1994-1995. Les questionnements constants qui sont actuellement requis et qui le seront pour les années à venir m'amènent toutefois à limiter cet engagement aux cinq prochaines années. Au-delà de ce terme, ce service ne sera reconduit que sur une démonstration rigoureuse et explicite qu'il aura donné les fruits attendus en matière d'orientation des personnes vers des ressources moins coûteuses; sans

quoi il sera suspendu et de nouveaux moyens seront examinés. Cette obligation de s'assurer de l'atteinte des résultats, faute de quoi les nouveaux programmes seront arrêtés, s'appliquera dorénavant à tout développement de services pour éviter leur sédimentation et obliger à leur évaluation.

Un second volet qui doit animer les objectifs et qui me préoccupe de façon particulière est le développement d'une vision des interventions qui intègre la personne, la famille et la communauté dans la façon d'aborder les programmes et les plans d'action visant des clientèles tels les jeunes et les personnes âgées, et tous les autres groupes vulnérables. Dans ces plans, il faut se donner une approche des actions à réaliser qui soit plus intégrée et mieux inscrite dans la communauté si nous voulons vraiment offrir des services de qualité. Il n'y a pas d'intervention de l'État qui soit en mesure de réduire les problèmes de bien-être si elle ne s'inscrit pas dans un continuum de services tenant compte du support de l'entourage des clientèles visées et si elle ne se préoccupe pas suffisamment des gestes que cette clientèle pose pour elle-même. Il s'avère primordial de dépasser les approches qui ont eu cours jusqu'à maintenant et que les interventions du système de santé et de services sociaux se fassent en respect, en continuité et en complémentarité avec celles des personnes, des familles et de leur communauté. Le plan d'action pour la jeunesse sera donc actualisé dans cette perspective de façon à pousser encore plus loin nos interventions auprès d'eux. Je ferai aussi revoir les autres plans d'action pour y intégrer cette perspective.

Pour conclure, Mme la Présidente, mesdames et messieurs, membres de cette commission des affaires sociales, à la lumière des propos préliminaires que je viens de tenir devant vous, vous constaterez ma volonté d'inscrire résolument le système de santé et de services sociaux à l'heure du ralentissement des finances publiques. Autant sur le plan quantitatif que qualitatif, le défi est sans précédent. Il exigera de toutes celles et de tous ceux qui sont concernés dans le réseau de la santé et des services sociaux des efforts intenses et soutenus qui seront sans doute marqués par des difficultés importantes. L'enjeu est de taille, car il s'agit d'offrir des services de qualité axés sur des résultats et à moindres coûts. Des décisions difficiles devront être prises dans toutes les régions du Québec pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, notamment en matière d'efficience et d'efficacité.

J'ai déjà indiqué précédemment, ainsi qu'à d'autres occasions que, s'il fallait être préparé à tout modifier, il n'était pas question d'en faire porter le fardeau sur les épaules de nos concitoyennes et concitoyens en réduisant le niveau ou la qualité des services jugés pertinents. Je persiste à croire que les gains d'économie recherchés sont encore possibles du côté des façons de faire plus économiques, de l'augmentation de la productivité et de l'élimination des doublages. Je dirai non à toute mesure susceptible de rendre encore plus vulnérables ceux et celles qui requièrent l'aide du régime

public de santé et de services sociaux, car ce sont eux qui en sont la raison d'être.
(15 h 40)

Dans mon esprit, l'atteinte de la performance est donc indissociable de l'atteinte de la qualité, et au défi d'assurer l'efficacité et l'efficacité se juxtapose d'une autre manière, tout aussi indissociable, celui d'assurer des services de qualité. Les dimensions de la qualité devront transcender l'ensemble des exercices auxquels nous sommes contraints de nous livrer. Plus que du côté scientifique ou technique, où les standards sont relativement satisfaisants, quoique perfectibles, les regards devront davantage porter du côté de la personnalisation et de la continuité des services, où il y a encore beaucoup à faire.

Parce qu'ils sont à la fois propriétaires et clients des services sociaux et de santé, les citoyennes et les citoyens méritent qu'on fasse mieux avec moins et qu'on réponde à leurs attentes légitimes. Ces attentes sont de mieux en mieux connues, actuellement. Elles interpellent les intervenantes et les intervenants du réseau non plus seulement dans leur rôle d'experts, mais aussi dans le type de relations qu'ils entretiennent en tant que gestionnaires ou professionnels.

Les usagers exigent, certes, toujours la compétence et le savoir-faire, mais ils tiennent, de façon tout aussi importante, à des relations de service qui soient empreintes de courtoisie, de compréhension, de dignité et de respect. Ils revendiquent aussi de notre réseau qu'il se structure pour leur éviter des ballottements d'un établissement à l'autre, avec leur train habituel de conséquences négatives sur des services discontinus ou incomplets. Le réseau doit donc améliorer ses rapports avec les personnes, autant sur le plan de ses attitudes que sur celui de la restauration de ses modes de gestion et des systèmes qui rencontrent les attentes concrètes des citoyens.

Depuis mon arrivée au ministère, j'ai fait de cette perspective de travail une priorité et j'entends, au cours du présent exercice financier, partager cette vision à la fois avec la population et les instances du réseau. La démarche que je compte entreprendre à ce chapitre trouvera sa finalité lorsque, à tous les niveaux de notre système, on se sera engagés dans un processus d'amélioration continue d'approches et d'interventions centrées sur la personne et sur la qualité des relations de service avec nos concitoyennes et concitoyens. Tel est le sens qu'il m'apparaît essentiel de donner aux orientations budgétaires actuelles pour que ce qui sera fait à ce chapitre, loin de nous en éloigner, nous rapproche davantage de notre mission fondamentale, soit celle de venir en aide aux personnes souffrantes qui requièrent nos services. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Cardinal): Je vous remercie, Mme la ministre. Maintenant, M. le porte-parole de l'Opposition officielle, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, vous avez quelques remarques préliminaires.

M. Rémy Trudel

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Oui, effectivement, vous avez bien noté, j'ai quelques remarques préliminaires suite à celles qui viennent de nous être faites par Mme la ministre de la Santé et des Services sociaux. L'an passé, nous débutions cette période d'échanges avec le ministre de la Santé et des Services sociaux en notant que c'était là sa dernière comparution pour ses derniers crédits, en commission parlementaire, sur la santé et les services sociaux. Je peux commencer de la même façon cette année et dire à la ministre que ce sera certainement, à l'intérieur de ce mandat, ses derniers crédits en matière de santé et de services sociaux. Nous aurons donc à partager, pendant un bon nombre d'heures, les indications que nous trouvons dans ses crédits.

En note d'ouverture, Mme la ministre, puisque tout le «Défi qualité-performance» doit être basé sur un certain nombre de valeurs, je me permettrai de dire, d'abord, que le travail de l'Opposition a été rendu pas mal plus difficile, cette année, par un manquement au lexique, puisque, dans la définition du «Défi qualité-performance», il est indiqué que tout cela devrait se passer sous l'angle d'une nouvelle valeur, celle de la transparence, c'est-à-dire jouer cartes sur table, cartes sur table étant défini comme communiquer une information claire et complète, de manière franche et directe, et faire connaître toutes les règles du jeu.

Il y a un accroc assez sérieux, Mme la ministre, puisque les renseignements complémentaires que nous avons demandés au ministère de la Santé et des Services sociaux ne nous sont parvenus que ce matin. Alors, nous n'avons eu que quelques heures pour être capables de jouer le jeu de la transparence et être capables de décortiquer, avec l'immense équipe de recherche de l'Opposition officielle à l'Assemblée nationale, ce que signifie pour les citoyens, pour les établissements, pour les régions du Québec, l'ensemble des dépenses ou des prévisions de dépenses qui sont imparties par le gouvernement pour l'année 1994-1995.

À cet égard-là, si les règles du jeu doivent valoir pour le réseau de la Santé et des Services sociaux, elles doivent valoir pour l'ensemble du système, et le Parlement, l'Assemblée nationale fait partie de ce système. Et j'ose croire qu'il s'agit là certainement d'un malheureux concours de circonstances qui ferait en sorte que nous ne sommes pas en train de prendre une nouvelle habitude en matière de gestion et de communication des informations relatives à l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec.

Je noterai, d'abord, Mme la ministre, en termes de remarques préliminaires, que les crédits de la Santé et des Services sociaux, oui, effectivement, me semblent s'aligner sur la récente nouvelle politique gouvernementale en matière de gestion des fonds publics. Lorsqu'on parcourt en détail chacun des programmes et les prévisions budgétaires dans chacun des programmes, l'on doit bien constater que le système de santé et de services

sociaux au Québec est victime de la crise des finances publiques. C'est la plus grande et la première des victimes de la crise des finances publiques au Québec. Le système de santé et de services sociaux est la première victime de la faillite de la gestion gouvernementale. C'est la première victime de la chute de la croissance économique, de la chute de la croissance des emplois. Le système de santé et de services sociaux est vraiment la première victime en termes de services, et nous allons le démontrer au cours des minutes et des heures que nous allons passer ensemble à examiner les crédits qui sont prévus pour chacun des services en matière d'organisation des services de santé et des services sociaux.

Ce dont on se rend compte également, d'entrée de jeu, lorsqu'on observe, lorsqu'on lit comme il faut les remarques de Mme la présidente du Conseil du trésor dans la présentation des crédits, c'est que, une fois de plus, à cet égard, le gouvernement change de langage. Ce n'est pas celui que nous avons entendu au cours des quatre dernières années. Le gouvernement renie ses engagements. Pour peu que l'on retourne au 7 décembre 1990, on se souviendra, bien sûr, du show de Charlesbourg, où les engagements du gouvernement de réaliser une réforme axée sur les citoyens impliquaient pour les jeunes, les personnes âgées, pour l'organisation du système pour les régions, l'injection de nouveaux fonds permettant d'effectuer ce virage axé sur le citoyen. On aura l'occasion d'examiner le nouveau langage du gouvernement dans le système de santé et de services sociaux. On n'y retrouve plus les engagements, on n'y retrouve plus ce qu'on avait indiqué comme étant nécessaire pour répondre aux besoins de la population du Québec en matière de santé et de services sociaux.

On constate, à la lecture de ces crédits et de ces prévisions, que le plan d'implantation de la réforme de la santé et des services sociaux, par ailleurs, publié par le ministre de la Santé, c'est un nouveau virage également. On n'est plus capables de respecter le guide d'implantation ou les étapes d'implantation de cette réforme de la santé et des services sociaux. On n'a pas les moyens nécessaires. On a leurré des intervenants dans le réseau de la santé et des services sociaux, on a leurré les citoyens et les personnes. Impossible de rencontrer les échéances, impossible de rencontrer les objectifs qu'on s'était fixés et qu'on avait fixés aux citoyens dans les déclarations publiques.

Encore une fois, à l'approche des élections, à l'approche de la fin du mandat, il y a un changement de langage, il y a un changement d'orientation. Il faut noter de façon extrêmement précise que, le 7 décembre 1990, le ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors déclarait officiellement que, pour rencontrer les besoins de croissance dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec, il fallait prévoir un rythme de dépenses qui serait l'égal de l'indice des prix à la consommation plus 3 %. C'est la déclaration du 7 décembre 1990, en toutes lettres, du ministre de la Santé. Suite aux analyses, suite aux synthèses qui avaient été réalisées, la façon de répondre aux besoins en matière de

santé et de services sociaux exigeait que nous puissions augmenter les prévisions de dépenses de l'indice des prix à la consommation plus 3 %.

(15 h 50)

En février 1992, à l'occasion de la commission parlementaire sur le financement du système de santé et des services sociaux au Québec, le ministre d'alors répétait, dans les scénarios tels qu'ils apparaissent dans le document gouvernemental, que, pour affronter les besoins — je n'ai pas dit les nouveaux besoins — en matière de santé et services sociaux, il fallait également prévoir toujours une augmentation des budgets de l'ordre de l'indice des prix à la consommation plus 3 %.

En 1994-1995, il faut noter la réelle augmentation des crédits pour rencontrer les besoins en matière d'organisation et surtout, bien sûr, de dispensation des services. Les crédits nous disent officiellement qu'il y aura une augmentation de 94 000 000 \$ pour rencontrer les besoins du système. À l'analyse fine — et nous aurons l'occasion de le démontrer — c'est 94 000 000 \$ dont les premiers 35 000 000 \$ serviront à payer le coût de système de l'an passé qu'on a oublié de calculer. Il y a, d'abord, 35 000 000 \$ qui vont servir à payer l'augmentation des échelons dans le système, qu'on avait oublié de calculer l'an passé. Ça, ça ne donne pas des nouveaux services, ça ne permet pas de répondre aux besoins des citoyens, ça ne permet pas d'affronter les nouveaux besoins en matière de santé et de services sociaux. Les 94 000 000 \$ d'augmentation théorique contiennent également 23 000 000 \$ d'augmentation du service de la dette au titre de l'immobilisation. Ça, non plus, ça ne permet pas de donner un service de plus. Ça, non plus, ça ne permet pas de dispenser un service supplémentaire. La réelle augmentation du budget de la Santé et des Services sociaux pour 1994-1995, c'est un total de 36 000 000 \$. C'est 36 000 000 \$ sur un budget d'au-delà de 10 000 000 000 \$ en matière d'organisation des services.

Et, si on veut calculer et illustrer la véritable compression dont le système de santé et de services sociaux est victime en 1994 et 1995, compte tenu de la crise des finances publiques, compte tenu de la faillite de la gestion gouvernementale, compte tenu de la diminution des rentrées fiscales, compte tenu de la chute de l'emploi, compte tenu des difficultés que s'est créées ce gouvernement-là, la compression totale, vous la retrouverez vraiment à la page 39 du document présenté par Mme la présidente du Conseil du trésor et qui illustre l'effort de compression dans les grands systèmes de l'État québécois. Et on se rendra bien compte que la compression totale exigée du réseau de la santé et des services sociaux en 1994-1995, c'est 500 000 000 \$. C'est 500 000 000 \$, la véritable compression. Le total indiqué, c'est 454 000 000 \$, tels que l'illustraient les crédits présentés par Mme la présidente du Conseil du trésor, ce à quoi il faut ajouter les 40 000 000 \$ de compression dans les effectifs reliée à l'application de la loi 198. Alors, à la page 39, 450 000 000 \$, ce sont les véritables compressions identifiées par le gouvernement

lui-même, ce à quoi il faut ajouter 40 000 000 \$ pour l'application de la loi 198 dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La véritable compression ou le véritable niveau d'argent disponible dans le système de la santé et des services sociaux s'apparente beaucoup plus à une diminution de 5 % au niveau de l'organisation de ces services qu'à une augmentation de 0,9 %, tel que l'indiquent les documents du ministère. Le véritable manque à gagner, par rapport à l'expression des besoins, puisque le ministère nous indique qu'il va réorienter un certain nombre de dollars dans le système... À la page 186, on nous indique 298 000 000 \$ qu'on va réorienter dans le système. Par rapport aux besoins identifiés en 1990, en 1992, et qui existent encore aujourd'hui, et par rapport aux compressions identifiées par la présidente du Conseil du trésor elle-même, le manque à gagner net dans le système est autour de 300 000 000 \$.

Nous sommes placés, Mme la ministre, maintenant, en 1994-1995, devant un système de santé et de services sociaux qui est placé sur la liste d'attente. Ce n'est plus un système orienté et centré sur les citoyens et sur les personnes; c'est un système qui est maintenant centré sur des personnes placées sur une liste d'attente, de plus en plus nombreuses, de plus en plus longtemps. Les Québécois et les Québécoises, les personnes au centre du système, doivent maintenant attendre trois mois, en moyenne, pour une opération chirurgicale ou pour même une intervention chirurgicale dans un centre de jour ou ce qu'on appelle la chirurgie d'un jour. La moyenne d'attente, c'est trois mois pour une intervention chirurgicale. Pour un test de laboratoire à Montréal, c'est 48 jours d'attente en moyenne. Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est 25 jours d'attente, en moyenne, pour un test de laboratoire. À Trois-Rivières, c'est 40 jours d'attente pour un test de laboratoire.

Pour les personnes âgées, c'est encore, au minimum, 5000 personnes qui sont sur les listes d'attente d'une place pour de l'hébergement ou des soins de longue durée. Je dis au minimum parce que, pour la première fois cette année, on a refusé de nous donner, dans les documents communiqués ce matin, le nombre de personnes qui sont en liste d'attente et nous n'avons aucune information qui nous indique qu'on soit baissé, en 1994, en bas du nombre de 5000 personnes qui étaient en liste d'attente pour une place dans un centre d'accueil ou pour de l'hébergement, ou pour des soins de longue durée, à la fin de l'année 1993. C'est donc un système, toujours pour ces personnes âgées là, aussi centré sur une liste d'attente de plus en plus longue et qui dure de plus en plus longtemps.

C'est aussi, en matière de protection de la jeunesse, 46 jours d'attente à Montréal pour une évaluation et une prise en charge. C'est aussi 66 jours d'attente dans les Laurentides pour l'évaluation et/ou la prise en charge. C'est aussi 52 jours d'attente à Québec, ici, au niveau de la protection de la jeunesse, pour les jeunes au niveau de l'évaluation et de la prise en charge.

C'est, au niveau du traitement du cancer, des attentes jusqu'à six semaines pour des traitements de radiothérapie pour près de 600 personnes au Québec. C'est également un système en attente et qui a amené à maintenir fermés, en moyenne, 1500 lits d'hôpitaux au Québec, et qui progresse d'année en année, et on aura des chiffres pour le démontrer. D'année en année, il se maintient fermés au Québec tout près de 500 lits d'hôpitaux. Il y a 500 lits d'hôpitaux de plus de fermés à chaque année, compte tenu des compressions budgétaires qui sont introduites dans le système. Pour obtenir un rendez-vous chez un médecin omnipraticien dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue — mettons qu'on connaît ça un peu, Mme la ministre — c'est minimum huit mois à aller jusqu'à plusieurs années.

Mme la Présidente, un système de santé et de services sociaux qui place les personnes sur des listes d'attente, un système qui est lui-même sur la liste d'attente. C'est, Mme la ministre, 22 000 malades au Québec qui sont placés sur les listes d'attente. Nous voulons bien parler, nous voulons bien amorcer, Mme la ministre, un virage qualitatif des soins. Encore faut-il avoir accès à ces soins. Ce que les personnes, ce que les citoyens du Québec réclament, c'est d'abord d'avoir accès aux services. Et tout ça provoque des effets pervers sur lesquels nous allons revenir dans quelques instants. (16 heures)

Mme la Présidente, Mme la ministre mentionnait d'entrée de jeu que s'est amorcé, pendant l'année 1993-1994, le virage au niveau des régies régionales. Mme la Présidente, parmi les demandes qu'on leur a d'abord passées en leur disant de déterminer leurs priorités en matière de santé et de services sociaux et de politique de santé et de bien-être, la première véritable commande qu'on a passée aux instances régionales, c'est d'abord de dire au Bas-Saint-Laurent: Voulez-vous retrancher 5 000 000 \$? Au Saguenay—Lac-Saint-Jean: Voulez-vous retrancher 6 000 000 \$? À Québec, 22 000 000 \$ de coupures en matière de services de santé et de services sociaux. Dans la région de la Mauricie, à Trois-Rivières, coupez donc 9 500 000 \$. Dans l'Estrie, 6 000 000 \$.

À Montréal, premier travail de régionalisation: en plus d'avoir à contrôler les budgets des établissements, comme vous l'avez mentionné dans vos notes d'ouverture, veuillez couper pour 67 000 000 \$ dans vos services. Dans l'Outaouais, 5 000 000 \$. En Abitibi, 3 500 000 \$. Sur la Côte-Nord, 2 500 000 \$. Dans le Nord du Québec, 500 000 \$. En Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 2 500 000 \$. Chaudière—Appalaches, 6 500 000 \$. La région de Laval, où il y a des déficits importants en termes d'équilibre et d'équité, 2 500 000 \$ de coupures. Dans Lanaudière, 3 000 000 \$. Les Laurentides, veuillez couper pour 3 700 000 \$ de services. La Montérégie, 10 000 000 \$. Pour les territoires inuit et cris, un total de 500 000 \$.

Voilà le premier véritable travail qu'on a demandé aux régies régionales de la santé et des services sociaux. En plus de leur demander de contrôler les

établissements, on leur demande, d'abord, de réduire, d'effectuer les [...] policiers. On a transmis nos difficultés budgétaires aux régies régionales et organisez-vous, en région, pour réduire les services, donc l'accessibilité, en matière de services dans toutes les régions du Québec.

On veut bien, Mme la ministre, vous entendre dire que les régies régionales sont mises à contribution et qu'on doit faire appel à la souplesse, qu'on doit faire appel à des cadres différents pour l'organisation des services de santé et des services sociaux. Mme la ministre, il faudrait aussi informer vos sous-ministres de cette possibilité, puisque, après le 25 mars, M. le sous-ministre Boisvert écrivait aux régies régionales en leur disant que leur plan de réduction devait, d'abord, respecter les lois, les règlements, les conventions collectives, les normes, les directives et toute règle budgétaire en vigueur. Merci, Mme la marquise! Organisez-vous avec le restant! Nous définissons toutes les règles jusqu'au dernier instant, mais on vous laisse entière et totale liberté d'agir à l'intérieur de ce que nous, nous définissons comme cadre, puisqu'on indique qu'il faudra, bien sûr, respecter les lois, les règlements, les conventions collectives, les normes, les directives et toute autre règle budgétaire applicable en vigueur.

Mme la Présidente, pour 1994-1995, ce que signifie, d'abord, la présentation des crédits, c'est un effort immense pour couper davantage de services aux citoyens. C'est, d'abord, un système qui va davantage être placé sur une liste d'attente. Au niveau des CLSC, il faudra essayer d'identifier, et il faudra avoir une loupe pour trouver cela, davantage de crédits pour la prévention. Les 40 000 000 \$ par année annoncés à grand renfort d'information et de communiqués de presse pour le maintien à domicile: pas l'ombre d'un dollar de prévu, d'illustré dans la présentation des crédits. La pratique médicale en CLSC: pas un mot; rien, motus et bouche cousue. Rien de plus pour les CLSC, pour le développement. Les interventions auprès des jeunes, oui, nous aurons un très grand nombre de questions à poser à cet égard-là. Au niveau des organismes bénévoles ou des organismes communautaires, le rythme de croisière annoncé, de nécessaire croissance, de 8 000 000 \$, n'est pas au programme de 1994-1995.

Au chapitre des centres hospitaliers de courte durée, 112 000 000 \$ de compressions. Oui, bien sûr, 59 100 000 \$ qui seraient réinjectés dans le système. Ça veut donc dire, au niveau des centres hospitaliers, au minimum, 50 000 000 \$ de compressions. C'est pour ça que nous sommes en mesure de prévoir qu'en 1994-1995 il y aura encore 500 nouveaux lits ou 500 lits d'hôpitaux qui seront fermés pour les personnes, les citoyens qui en ont besoin. Ce n'est pas surprenant, à cet égard, que le directeur général de l'association des directeurs généraux des hôpitaux, M. Levine, dise qu'il s'agit là d'un défi impossible à relever. Ce qu'on a pelleté dans la cour des établissements, ce qu'on a pelleté dans la cour des régies régionales, c'est un défi impossible à réaliser, compte tenu des propres paramètres évalués par le ministère de

la Santé et des Services sociaux, qui exigeraient plutôt une injection de fonds qui soit égale à l'indice des prix à la consommation, 0,8 %, plus 3 %.

Au niveau des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, on n'a pas, non plus, beaucoup de crédits supplémentaires pour affronter les délais d'évaluation ou de prise en charge de la jeunesse. Au niveau des centres de réadaptation pour déficience intellectuelle, physique ou pour les toxicomanies, il faudra voir l'ampleur du problème de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les jeunes, et les crédits qui sont réorientés de façon minimale au niveau de ce chapitre budgétaire.

Pour les centres hospitaliers de soins de longue durée pour les personnes âgées, pas l'ombre d'un sou pour ce qu'on appelle l'alourdissement des clientèles. Quel langage bureaucratique! Nous devrions plutôt dire «pour l'aggravation de l'état de santé des usagers et des personnes». Pas d'indication, au niveau des crédits, qu'il y aurait augmentation pour les centres hospitaliers de soins de longue durée, tant pour l'hébergement que pour les soins. Nous sommes plutôt face à une contraction et à une réduction de 24 000 000 \$. Aucune nouvelle place d'annoncée, de prévue pour les personnes âgées en hébergement ou pour les soins de longue durée. Ça veut dire, encore là, un allongement des listes d'attente et une augmentation du nombre de personnes qui sont en liste d'attente.

Au niveau de la recherche, les augmentations vont-elles enfin prévoir une réorientation ou une intensification du côté de la recherche sociale, pour travailler aussi sur les déterminants de la santé ou des problèmes que nous vivons au niveau de la santé de la population?

Au niveau de l'administration des régies régionales et du ministère de la Santé et des Services sociaux, nous sommes passés, en 1992-1993, au ministère de la Santé et des Services sociaux, d'un budget de 95 100 000 \$ à 91 000 000 \$, en 1993-1994. En 1994-1995, on passera à un budget de 90 900 000 \$; 200 000 \$ de moins au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Vive la décentralisation! Vive les régies régionales! Vive la liberté d'agir et de déterminer ses propres priorités, mais aucune diminution au niveau central. On va finir avec un système vraiment suradministré, administré doublement, puisqu'il n'y a pas de réduction au niveau de l'encadrement administratif au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Au niveau de l'OPHQ, on notera très certainement la diminution des budgets pour les centres de travail adapté. Nous sommes toujours en attente, aussi... Avant de terminer, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Cardinal): Bon. Merci, monsieur.

M. Trudel: ...nous sommes toujours, au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux, en attente de décisions sur les médicaments pour les

personnes souffrant de fibrose kystique, pour les personnes souffrant de diabète grave. Toute la question de la directive des «malades sur pied», nous sommes toujours dans l'attente d'une décision à cet égard. Nous sommes toujours en attente d'une politique pour les laboratoires, les analyses à travers le Québec. Nous sommes toujours dans l'attente, bien sûr, d'une véritable politique de maintien à domicile et des sous qui vont avec, pour vraiment prendre le virage maintien à domicile. Le système est aussi en attente de la désignation des hôpitaux universitaires, des centres hospitaliers affiliés et des centres hospitaliers affiliés en région. Bref, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Cardinal): En conclusion, M. le député.

M. Trudel: En conclusion, un réseau placé sur une liste d'attente; un réseau qui fait les frais de la crise des finances publiques; un réseau de la santé ponctionné d'un minimum de 300 000 000 \$ pour payer le programme d'asphalte du premier ministre; un système engorgé qui force l'apparition ou le développement des services privés dont seuls les riches peuvent se payer une certaine accessibilité; un système victime des coupures de transfert — aucun mot au niveau des crédits — de 200 000 000 \$ du gouvernement fédéral, qui se poursuit toujours...

La Présidente (Mme Cardinal): En conclusion, monsieur.

M. Trudel: ...une politique de santé et bien-être bien théorique, Mme la Présidente.
(16 h 10)

Je terminerai en disant, Mme la Présidente, que le rythme qui est insufflé, en 1994-1995, au niveau des crédits, risque de s'intensifier — tel que le disent les crédits — pour les deux autres années. Véritablement, je le dénonce, le système de santé et de services sociaux au Québec fait les frais de la crise des finances publiques, de la faillite de la gestion économique du gouvernement et des résultats qu'il a réussi à obtenir au cours des cinq dernières années en nous amenant sur le bord des 5 000 000 000 \$ de déficit. Merci.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue et porte-parole de l'Opposition officielle en matière de santé et de services sociaux. Est-ce qu'il y a d'autres membres de la commission qui voudraient intervenir?

M. Cusano: Mme la Présidente, j'aimerais intervenir dans les remarques préliminaires. Merci.

La Présidente (Mme Cardinal): Je vous donne la parole.

Une voix: Vingt minutes, s'il vous plaît.

M. William Cusano

M. Cusano: Vingt minutes, certainement. En écoutant le député, ça me ramène un peu au moment où j'enseignais, particulièrement au moment où j'étais directeur d'école et qu'on faisait de la surveillance d'éducation, d'instruction. Souvent, on arrivait dans des classes de science politique et le professeur expliquait le mot «parlement». «Parlement», selon certains individus, ça voulait dire «parler et mentir». En écoutant le député en question, le critique de l'Opposition, je m'aperçois qu'il donne raison aux personnes qui sont de cette croyance.

M. Trudel: Mme la Présidente, question de privilège.

La Présidente (Mme Cardinal): Un moment s'il vous plaît. Oui, M. le député.

M. Trudel: Mme la Présidente, je suis tout disposé à écouter les remarques du député comme il a écouté les miennes, si vous voulez appliquer le règlement de l'Assemblée nationale. Les mots que vient d'employer le député sont antiparlementaires et je demande que le député retire ces mots, le mot «mentir», puisqu'on doit accepter, dans le règlement de l'Assemblée nationale, la déclaration d'un député, tout comme il faut prendre la déclaration d'un ministre ou d'une personne membre du gouvernement à sa face même, comme déclaration à l'Assemblée nationale. Je vous demande de faire retirer ses paroles au député de Viau.

La Présidente (Mme Cardinal): M. le député de Viau.

M. Cusano: Mme la Présidente, je faisais référence à des professeurs qui étudiaient le système parlementaire. Il y a une certaine école de pensée qui pense que le mot «parlement» veut dire «parler» et «mentir». J'ai droit à mon opinion. Après avoir écouté le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, les personnes qui croient que «parlement» veut dire «parler» et «mentir», je dois leur donner raison, à ce moment-ci. Alors, je ne vois pas pourquoi il est insulté. Je parle des professeurs qui enseignaient dans les écoles, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Cardinal): M. le député, voulez-vous poursuivre, s'il vous plaît?

M. Cusano: Merci beaucoup. En écoutant encore plus l'intervention du député, lorsqu'il se laissait emporter en disant: Vive la décentralisation! Vive ci et vive ça! je pense que la seule chose qui manquait dans son allocution, c'est de dire: Vive le Québec libre!

Alors, Mme la Présidente, 12 900 000 000 \$, c'est de l'argent! Je reviens encore au temps où on sait que j'étais directeur d'école. Pour démontrer aux élèves ce que ça voulait dire 1 000 000 000 \$, on donnait

l'exemple suivant: si Moïse, dans le désert, dépensait 10 000 \$ par jour, aujourd'hui, s'il était encore vivant, il n'aurait pas dépensé 1 000 000 000 \$. Ça vous donne une idée de l'ampleur de ce qu'est 1 000 000 000 \$. On parle de 12 900 000 000 \$ et on parle d'une augmentation de 1,3 % du budget de l'année précédente. Avec la situation économique que l'on connaît, avec tous les problèmes que la province peut connaître, je pense que c'est un effort formidable de la part de la ministre et de la part du gouvernement.

Au cours des dernières années, oui, nous avons voulu mettre l'accent sur un rapprochement du système, du service au niveau de la population. Et, lorsqu'on change des structures, ça prend du temps, ça prend de l'implication de la part de tous les gens. Il y a une certaine priorité qui est établie. Je pense que cela a été accompli avec tous les moyens possibles, sans que le système n'en subisse trop de peine.

Mme la Présidente, contrairement au PQ, au Parti québécois... À date, je ne connais aucune politique précise du Parti québécois. Que feront-ils une fois qu'ils vont être au pouvoir? Que feront-ils? C'est facile, lorsqu'on est dans l'Opposition, de s'accrocher sur les grains de sable qui ne font pas fonctionner le système. C'est facile de s'accrocher sur un individu qui a attendu pendant x nombre de mois pour quoi que ce soit en tant que services de santé et services sociaux. Mais, si on regarde seulement les statistiques telles quelles, sans regarder le fond du problème, on a peut-être, des fois, tendance à manquer le bateau.

Pour le député en question, il faudrait bien que lui et ses collègues puissent harmoniser leurs violons ou accorder leurs violons. D'un côté, vous avez un gars qui n'est pas trop loin de lui, le député de Labelle, qui disait, lui, que les crédits, ça avait une saveur électorale. Normalement, au niveau de la population, ça veut dire, lorsque ça a une saveur électorale, que les crédits donnent des choses ou promettent des choses qui ne sont pas réelles. Mais lui, de l'autre côté, il dit qu'il n'en a pas assez. Il n'a pas assez d'argent. Il parle d'une faillite administrative.

Bien, moi, je ne vois pas ça du tout de la même façon, parce que, des fois, lorsqu'on parle de faillite administrative, il faut se regarder dans le miroir. C'est peut-être plus facile de donner des exemples quand on se regarde dans le miroir le matin. Le député, il a déjà administré des fonds publics, et pour une période assez longue. De 1984 à 1989, il était recteur à l'UQAT. Vous savez ce que c'est, Mme la Présidente? L'Université du Québec dans son bout. Lorsqu'il a pris la relève, lui, le bon administrateur des fonds publics, l'université en question avait un surplus de 24 000 \$ dans son budget annuel. C'est bien! Lorsqu'il est arrivé en 1984-1985, ah, il y a eu un déficit: 941 000 \$; 1985-1986, 961 000 \$; 1986-1987, 985 000 \$, Mme la Présidente. Je continue: 1987-1988, 1 980 000 \$. Et, en 1988-1989, finalement, l'Assemblée des gouverneurs s'est tannée, parce qu'il arrivait avec un déficit de 3 067 000 \$, puis, à ce moment-là, ils ont dit: M. le

recteur, retournez donc faire vos devoirs pour nous arriver avec quelque chose qui a du bon sens.

Pour lui, la seule façon de résoudre des problèmes... Oui, parce qu'il y en a des problèmes lorsqu'on gère un système, un réseau comme santé et services sociaux, de 12 900 000 000 \$, Mme la Présidente. Oui, il y en a des problèmes. Il y en a des problèmes. Il ne faut pas s'arrêter sur le grain de sable qui va faire grincer la machine. Il faut trouver des solutions très précises. Ce n'est pas nécessairement l'argent qui va tout solutionner.

Vous savez, à un certain moment, j'avais un cabinet. J'avais demandé à mon personnel, j'avais même ordonné au personnel de ne plus commander de trombones. Vous savez, les trombones qui se promènent tout partout dans notre système. J'ai dit que je n'autorisais, d'aucune façon, les trombones. Le personnel m'a dit: Voyons, M. Cusano, on a besoin des trombones pour attacher ça. J'ai dit: Je n'en veux plus de ces trombones-là. Vous savez ce qui s'est produit, Mme la Présidente? Ce n'est pas mon idée personnelle, c'est l'idée de Lee Iacocca. Vous connaissez Lee Iacocca? C'était le président de Chrysler, aux États-Unis. (16 h 20)

Je me suis ramassé... Pour votre information, s'il y en a qui veulent acheter des trombones, j'en ai un tas comme ça, Mme la Présidente, parce que tout le monde a réalisé qu'il ne fallait pas jeter les trombones qu'on recevait, qui sont très réutilisables. C'est comme ça qu'on peut faire des économies. Vous allez me dire que ce n'est pas les trombones qui coûtent trop cher. C'est vrai, mais c'est avec les petits sous... Mon père, moi, m'a toujours appris que c'est les petits sous qui faisaient les dollars, que c'est les petits dollars qui font les millions et que c'est les millions qui font les milliards.

Alors, c'est un peu ça, Mme la Présidente, que je dénote de l'autre côté de cette table. C'est que la solution, c'est strictement dans l'injection de nouveaux fonds. Mais c'est absolument faux. Y a-t-il quelqu'un d'entre nous, ici, qui n'a pas, durant les deux ou trois dernières années, dû regarder son budget familial et dire: Bien, écoutez, il y a des dépenses qui sont peut-être un peu farfelues? On a coupé. On a coupé dans les dépenses. On survit quand même et on n'est pas rendus au tiers monde.

Lorsqu'il parle de période d'attente dans les hôpitaux, est-ce qu'il nous dit que, peut-être, des gens... C'est drôle que, lorsque les vacances de Noël arrivent, il y a du monde qui n'est pas intéressé à entrer à l'hôpital, n'est-ce pas? Alors, ces gens-là tombent sur une liste d'attente, c'est sûr. Lorsque les vacances d'été arrivent, c'est un peu la même chose.

Il faut regarder le tout dans l'ensemble, Mme la Présidente. Ça ne sert à rien de se scandaliser de l'autre côté, de jouer à la vierge offensée et de dire que tout va mal au Québec. C'est faux. Nous avons un système de santé qui est un des meilleurs non seulement en Amérique, mais dans le monde entier. Nous avons une expertise médicale qui est reconnue par tous les autres milieux

de la santé et des services sociaux à travers le monde.

J'aime bien, avec fierté, rappeler à tout le monde qu'aujourd'hui, Mme la Présidente, si je peux être ici, c'est à cause du fait que, dans un de nos hôpitaux du Québec, un des plus reconnus en Amérique du Nord, on a effectué, il y a un an et demi à peu près, une transplantation cardiaque. Le député m'avait dit, à un certain moment, que c'était probablement le cœur d'un péquiste que j'avais reçu. C'est peut-être vrai, mais quelle façon de terminer dans un bon libéral, je pense, que d'arriver à ça!

M. Trudel: On finit toujours par les sauver!

M. Cusano: Mais, M. le Président, en blaguant, c'est que je veux revenir à quelque chose qui est particulier au Québec. Premièrement, l'expertise de nos services. Deuxièmement, le fait que nous avons un grand nombre de personnes qui s'impliquent bénévolement. Je n'ai qu'à penser à l'Association canadienne des dons d'organes, une association qui, au fil des cinq, six dernières années, a réussi à acheter huit camionnettes. Huit camionnettes! Il y a au-delà de 500 policiers et pompiers qui font le transport des dons d'organes à travers cette province, qui ont parcouru des milliers et des milliers de kilomètres sans que ça ne coûte un sou à l'État.

Tout ça, je le relie au discours. Justement, il avait cité M. Levine, tout à l'heure, M. Levine qui disait: Ce qu'on a besoin de faire, c'est de regarder toute la question du «Défi qualité-performance», l'implication de tout le monde. Est-ce qu'on a vraiment besoin, ici, au Québec, d'autres services? Je vais vous dire une affaire: Moi, je ne le pense pas. Je pense que nous avons assez de services qui existent présentement pour la population du Québec. Il s'agit, justement, de bien les coordonner, et pas nécessairement par une injection de fonds supplémentaires.

Je comprends que, lorsqu'on est dans l'Opposition, on s'apprête à faire de la démagogie, on s'apprête aussi à imiter un nommé Philip Buster. Philip Buster, c'est le gars qui avait commencé ça, les fameux «filibuster»! Vous savez, on peut dire n'importe quoi, n'importe quand sous l'immunité parlementaire, du moment qu'on prend le temps nécessaire pour remplir notre temps, on a fait notre job.

M. le député — Mme la Présidente, excusez-moi, je ne voudrais pas être rappelé au règlement — ce n'est pas comme ça qu'on va avancer. Ce n'est pas comme ça que la province va avancer, lorsque, de l'autre côté de cette table, vous avez des personnes qui, oui, prennent leur temps pour critiquer, mais, du côté constructif, sur ce que ces gens-là feraient pour la population du Québec, moi, je n'ai rien entendu. Je parlais d'harmonisation tout à l'heure; ils ont même eu de la difficulté à se regrouper pour former un comité pour présenter à leurs propres membres c'est quoi le programme en matière de santé et de services sociaux pour les prochaines élections. La date des prochaines

élections, ce n'est pas le plus grand secret. Vous savez fort bien que, selon nos règles de l'Assemblée nationale, il faut qu'on soit en élections avant le 28 novembre! Bon, ce n'est pas un secret, ça. Il faut être en élections avant le 28. Ces gens-là, il y a seulement deux ou trois semaines qu'ils ont annoncé la formation d'un comité. Ça fait 13 ans que je suis en politique, j'ai vu ça un peu de façon étrange. Le problème, c'est peut-être qu'il y a trop de candidats potentiels en tant que ministre de la Santé et des Services sociaux. Ça va être un grand problème. J'ai bien hâte de voir ça, une fois rendus au pouvoir, une fois ces gens-là élus. On en a eu, nous autres aussi, des personnes comme ça.

Une voix: Vous en aviez trop?

M. Cusano: Oui, oui. Non, j'ai vécu ça, moi, en 1981, quand on avait beaucoup de candidats qui étaient aspirants à la Santé et aux Services sociaux. Vous savez ce que la population a fait de nous en 1981; elle nous a rejetés complètement. Alors, c'est un peu peut-être une suggestion que je peux faire, M. le député: Essayez d'accorder vos violons et essayez d'arriver avec une politique concrète pour la population. C'est ça que la population veut entendre. Je ne suis pas tout à fait sûr que ce que la ministre propose n'est pas accepté, comme vous le dites, par la population. Je pense que c'est très accepté.

Je reviens, au niveau de M. Levine, tout à l'heure, lui qui disait, et je cite l'article dans le journal: Congrès des directeurs généraux des services de santé. On dit: «M. Levine affirme que la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Lucienne Robillard, a gagné l'appui des directeurs généraux.» Vous n'étiez pas là, vous, à ce moment-là, quand il disait ça? Je présume que vous n'étiez pas là. Vous aviez seulement vos petits amis qui vous disaient: Ce n'est pas tout à fait ça peut-être qu'il voulait dire. Mais, selon nos journalistes, lui, il a observé que, justement, la ministre, elle avait leur appui, particulièrement au niveau du «Défi qualité-performance». C'est vers ça qu'il faut s'en aller au Québec non seulement en santé et en services sociaux, mais dans tous les autres ministères. C'est là qu'on en est présentement, M. le député. C'est là qu'on en est.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, des gens peuvent très facilement se regarder dans le miroir dans une situation économique un peu difficile et dire: Ce n'est pas nécessairement l'argent qui va tout résoudre. On a, ici, au Québec, la compétence. On a la volonté de bien servir la population. Je crois que Mme la ministre, depuis qu'elle a pris le poste, s'occupe très bien de ces préoccupations de la population. Je ne citerai pas 50 000 exemples. Je vais en citer seulement une couple.

La Présidente (Mme Cardinal): En conclusion, M. le député de Viau.

M. Cusano: En conclusion, je vais prendre la même liberté que le député. Je voulais juste dire, Mme

la Présidente, que, depuis que, moi-même, j'assiste à certaines réunions en santé et services sociaux, une chose m'a impressionné de la part de la ministre, c'est qu'au niveau de tous les projets qu'elle approuve, de tous les nouveaux projets qui sont approuvés, elle insiste pour que chacun de ces projets ait une clause crépusculaire. Je n'ai aucune difficulté avec ce mot-là. Une clause crépusculaire, ça veut dire quoi? Pour ceux d'entre nous qui ne le savent pas, ça veut dire que, pour un programme, il y a une date, une durée précise. Ce n'est pas un programme qui commence, puis Dieu sait quand il va finir. C'est un programme qui commence à un moment donné et qui va se terminer en dedans de cinq ans. Pour qu'il puisse continuer, il faut qu'il y ait une évaluation, à savoir si le programme sert bien la population, si le programme répond bien aux objectifs qui avaient été établis. C'est ça, de l'administration. Ce n'est pas de critiquer à droite et à gauche. Moi aussi, je pourrais entrer dans un hôpital, demain matin, puis voir des gens qui attendent au département de radiographie et dire: Ah, c'est scandaleux que ces personnes-là attendent! On ne regarde rien d'autre, Mme la Présidente. C'est ça avoir des... Comment on appelle ça en français?

(16 h 30)

Une voix: Des «ornières».

M. Cusano: Des «ornières», c'est ça. Je pense que les gens de l'autre côté, ils en ont acheté à la douzaine! Alors, Mme la Présidente, je sais que mon temps est terminé...

La Présidente (Mme Cardinal): Votre temps est écoulé, M. le député de Viau.

M. Cusano: Mon temps est écoulé, c'est bien de valeur. Bien, on va revenir dans les prochaines heures sur les crédits. Je veux, en terminant, dire que, s'ils veulent gagner le pouvoir particulièrement, il ne faut pas essayer de gagner le pouvoir en faisant de la démagogie sur les personnes qui sont malades et qui ont besoin des services. En ce qui me concerne, M. le député: le ministre, ses employés, oui, ils font un excellent travail et la population l'apprécie. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, M. le député de Viau. Est-ce qu'il y aurait d'autres députés qui voudraient intervenir au niveau des remarques préliminaires?

M. Williams: Oui, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Cardinal): Alors, je reconnais M. le député de Nelligan.

M. Russell Williams

M. Williams: Je voudrais certainement prendre un peu de temps pour faire quelques remarques

préliminaires, un, pour expliquer ma vision sur la santé et les services sociaux, mais aussi pour corriger un peu les faits que nous avons entendus aujourd'hui.

Je suis tellement heureux d'être ici, de voir encore que mon gouvernement avance la cause de la santé et des services sociaux par la «courante» ministre de la Santé et des Services sociaux. Mais je suis un peu déçu des remarques préliminaires que j'ai entendues de l'Opposition, parce que j'ai la chance d'être ici, comme adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux, depuis 1990. Le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue a eu la chance de voir notre plan d'action pendant des heures et des heures. Nous avons eu la commission sur la réforme, la commission sur la loi 120 et la commission sur le financement. On arrive avec la continuité. On n'arrive pas avec une volte-face de stratégie. Je pense que la population québécoise va trouver que c'est une approche sage et responsable.

J'ai besoin aussi de faire une petite remarque sur les documents que nous avons reçus. Je vois, en arrière de la ministre, les cadres supérieurs; à côté, le sous-ministre, les sous-ministres adjoints et plusieurs chefs de départements, qui sont tous disponibles pour répondre sur les documents, aux questions de nous et de vous. Ils ont fourni les documents avant que nous n'ayons commencé. De commencer à dire qu'on ne veut pas avoir de transparence, qu'on ne veut pas avoir les réponses aux questions, M. le député, c'est faux. Je sais que mon gouvernement, la ministre et le ministère, pendant mes quatre ans, veulent donner les réponses. Nous allons avoir 18 heures de commission parlementaire. Vous allez avoir le temps de demander les questions et d'avoir les réponses, si on n'utilise pas tout le temps pour faire des discours sur des demi-vérités.

Deuxième chose, j'ai appris que le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue a trouvé un nouveau mot. Peut-être que le parti a fait un autre sondage encore. Est-ce que ça va être mieux de parler sur la souveraineté ou sur la séparation? Ils ont trouvé un autre mot. Il veut utiliser le mot «victime»; c'est le nouveau slogan. Franchement, j'espère qu'on peut aller un peu plus loin que ça. Il n'y en a pas de victimes. Au Québec, M. le député, on dépense plus que tous les autres pays dans le monde, sauf les États-Unis, dans la santé. C'est clair et vous le savez mieux que ça. De faire de la démagogie sur les dépenses: Il y a des coupures, des coupures, des coupures! Ce n'est pas vrai, on dépense...

J'ai besoin de répéter ça, et peut-être que vous allez commencer à comprendre. On dépense plus que tous les autres pays. On dépense plus que l'Australie, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Japon. Voulez-vous que je continue? On dépense plus. C'est clair, c'est évident. Aussi, si on veut étudier les documents médicaux, juste à dépenser de l'argent, ce n'est pas nécessairement clair que nous allons avoir un meilleur système de santé. C'est évident que, avec cet argent, vous ne pouvez pas acheter de la santé. On veut s'assurer que la population québécoise prend ses responsabilités aussi.

Je voudrais aussi ajouter mon nom sur la liste des personnes qui ne comprennent pas le langage du Parti québécois. Je suis sur plusieurs commissions et j'écoute leur langage. Leur langage est: On dépense trop! On dépense trop! C'est un budget préélectoral. J'espère que, peut-être, le député peut coordonner ses remarques avec ses collègues parce que c'est vraiment les contradictions par excellence. Est-ce qu'on dépense trop ou si on ne dépense pas assez? J'espère que le prochain caucus pourra peut-être clarifier ça pour vous, M. le député.

Vous avez parlé de dette. C'est vrai, dans les budgets, dans les crédits, nous avons un service de la dette. Nous avons tous fait des discours sur ça. On doit s'assurer qu'on donne le meilleur système de santé et de services sociaux à la population québécoise. On doit donner ça aux jeunes, à ceux d'âge moyen et aux plus vieux. Mais on doit aussi donner ça d'une façon qui est responsable, qui n'hypothèque pas l'avenir de nos jeunes. C'est pourquoi vous trouvez dans ce budget un budget responsable, des crédits responsables qui respectent notre capacité de payer.

Je sais que les péquistes, que le Parti québécois n'aime pas discuter des dettes, parce que, s'ils veulent avoir la séparation — parce qu'on n'utilise pas le mot «souveraineté», maintenant — ils vont oublier la dette. Ils vont tout régler: le plein emploi, la pleine santé. Encore une fois, Mme la Présidente, pendant la prochaine élection, qui s'en vient assez vite, nous n'allons pas être limités par le temps. Ça ne va pas être juste 18 heures. De bâtir un autre comité, comme vous avez fait pour l'emploi, ça ne sera pas assez bon pour le peuple québécois. Ce n'est pas juste la ministre et mon gouvernement qui doivent avoir les réponses; votre parti doit avoir des réponses claires, précises et nettes. J'espère que, pendant cet exercice, on pourra avoir des débats pour clarifier la vraie situation du système de santé au peuple québécois.

Dernier point sur les remarques préliminaires du député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, sur les listes d'attente. C'est vrai que nous avons des listes d'attente, mais pas pour les urgences. Nous avons des listes d'attente pour les choses sélectives et qui peuvent attendre. Si la question de survie est en doute, je pense que vous avez eu de la difficulté à trouver des listes d'attente. J'ai reçu, comme député, et je pense que vous l'avez reçu aussi, le «Fraser Forum» 1993 qui explique la moyenne des listes d'attente pour voir un spécialiste après une visite à l'omnipraticien. La moyenne de toutes les choses, ici, au Québec, c'est 5,4 semaines. Oui, je pense que tout le monde dans cette salle veut améliorer ça. On veut s'assurer qu'il y a moins de listes d'attente. Mais en Ontario, c'est 5,7 semaines; au Manitoba, c'est 6,0 semaines; en Nouvelle-Écosse, c'est 5,6 semaines. Oui, on peut certainement, peut-être, continuer à améliorer nos listes d'attente.

Ici, au Canada et au Québec, je pense qu'il y a une différence dans notre système qui est complètement différent de nos voisins, les États-Unis. Quand nous

sommes malades, ici, quand nos enfants sont malades ou quand nos parents sont malades, nous n'avons pas besoin d'hypothéquer les maisons, nous n'avons pas besoin de faire une faillite personnelle. Nous sommes protégés, nous avons un système qui donne l'universalité, l'accessibilité à presque tout le monde. Est-ce qu'il y a des façons de le corriger? Je pense que la ministre va expliquer toute sa vision, comment elle veut corriger et améliorer le système. Aussi, en arrière d'elle, nous avons plusieurs personnes qui sont compétentes. Peut-être qu'ils sont les experts mondiaux qui peuvent expliquer comment on peut gérer les fonds d'une façon efficace et utile, mais aussi être plus humains.

Je voudrais juste mentionner quelques chiffres, encore une fois, pour établir un peu de réalité dans le débat. Voilà quelques chiffres que nous allons discuter dans les crédits de 1993-1994 en comparaison avec les crédits de 1994-1995. Pour les CLSC, en 1993-1994, nous avons eu des crédits de 701 000 000 \$. Nous allons avoir — et je vais utiliser des chiffres ronds — 715 000 000 \$. Pour les organismes communautaires, les crédits de 1993-1994... Excusez-moi, Mme la Présidente, c'est une augmentation de plus de 2 %. Pour les organismes bénévoles, nous avions, en 1993-1994, 88 000 000 \$. Nous allons avoir, en 1994-1995, presque 95 000 000 \$. C'est une augmentation de 7,3 %.

(16 h 40)

Je voudrais juste «arrêter» ça: quand nous sommes entrés au pouvoir, en 1985, si ma mémoire est bonne, c'est 25 000 000 \$ que nous avons dépensés pour le soutien aux organismes communautaires. Mon gouvernement, le gouvernement libéral, a continué à augmenter l'appui aux communautés. Je sais que l'Opposition aime oublier des choses comme ça. Pour les hôpitaux où nous avons eu 6 550 000 000 \$, nous allons avoir 6 100 000 000 \$ dans les dépenses de 1994-1995.

Pour les questions de recherche... Je vois le président du Fonds de la recherche en santé du Québec, ici, le Dr Labrie. Nous avons la chance de parler souvent de ces questions. Nous avons eu, dans le budget 1994-1995, 55 000 000 \$. Nous allons avoir, dans les crédits de 1994-1995, 59 722 000 \$, une augmentation de presque 7,9 %. Je mentionne les chiffres en plus des pourcentages, parce que, M. le député et Mme la Présidente, j'essaie d'établir les faits. Je ne veux pas jouer avec les chiffres. Je voudrais vraiment que tout le monde discute des chiffres, des pourcentages, de tout parce qu'on veut savoir où sont les augmentations.

Pour la Direction de la coordination régionale, je vois — j'espère que tous mes chiffres sont bons; la ministre va corriger s'ils ne sont pas bons — dans les crédits 606 000 000 \$, pour 1993-1994, et 631 000 000 \$ en 1994-1995. C'est une augmentation de 5,11 %. Habituellement, c'est quelque chose qui peut être difficile à accepter à cause que ce n'est pas nécessairement directement ciblé pour les services. Mais, compte tenu du contexte et qu'on veut régionaliser les décisions, qu'on veut donner des responsabilités à tous

les territoires, qu'on veut encourager le monde sur le terrain à prendre les décisions qui touchent sa vie, je trouve que c'est une dépense tellement légitime. Quand on parle d'humaniser notre système, je pense que c'est les personnes les plus proches, sur le terrain, impliquées dans leur communauté, qui peuvent prendre les décisions. Je vais avoir, pendant les 18 prochaines heures, quelques questions sur ça.

Particulièrement, je voudrais juste demander: Dans les crédits et dans vos plans pour 1994-1995, est-ce que nous avons de l'argent supplémentaire en cours pour les élections que nous avons commencées? Nous avons commencé, avec la réforme du système de santé et des services sociaux, les élections au suffrage universel, la participation de toutes les communautés, à chaque niveau: les CLSC, les hôpitaux et aussi les régies. Je voudrais savoir, avec la première expérience, si nous avons une évaluation des coûts. Est-ce qu'il y a des choses qu'on peut améliorer? Est-ce qu'on peut trouver ça dans le budget? Mais on pourra aller plus en détail sur cette question une fois qu'on y arrivera.

Finalement, comme vous l'avez déjà mentionné, Mme la ministre, c'est une augmentation de 1,3 %. Dans le contexte actuel, je trouve ça excellent. Ce qui est plus important, comme vous l'avez mentionné, c'est qu'on doit s'assurer que nous avons un système qui répond aux vrais besoins du peuple québécois. Je pense que ce n'est pas une question de savoir comment on peut dépenser plus, comment on peut utiliser plus d'argent, mais comment on peut mettre l'argent public dans les places où on peut trouver la plus grande utilité, comment on peut s'assurer que le peuple québécois a un réseau public accessible, qui peut répondre à ses besoins. Je pense qu'il n'y a pas une réponse à cette question, qu'il va y avoir plusieurs réponses.

J'ai eu la chance, Mme la Présidente, de visiter la Côte-Nord cette fin de semaine, spécifiquement pour les questions de santé. Il y a environ 100 000 habitants sur le territoire de la Côte-Nord. Juste pour m'assurer que le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue est au courant de mes affaires, j'ai eu le privilège aussi de passer toute la fin de semaine avec son collègue, le député de Duplessis. Nous avons eu la chance de vraiment expliquer, de voir les questions là. Il y a 100 000 personnes dans ce territoire et on dépense 150 000 000 \$ dans le système de santé et de services sociaux. C'est 1500 \$ par personne, par enfant, homme et femme. Je ne veux pas dire que c'est trop ou que ce n'est pas assez, mais c'est 150 000 000 \$ de nos taxes. Avec ça, je pense que vous allez avoir de la difficulté à dire qu'on ne dépense pas d'argent.

Est-ce qu'on peut, comme on le demande aux régies régionales, trouver une meilleure façon de dépenser cet argent et de mieux répondre à leurs besoins? Oui, on peut faire ça, et j'espère qu'on pourra, dans tous les territoires, aller dans cette direction. J'ai nommé la Côte-Nord juste parce que j'ai eu la chance de visiter le monde de Harrington Harbour cette fin de semaine, de discuter des questions de santé. J'ai été tellement

impressionné de voir comment ils peuvent, dans toutes leurs dépenses, vivre, faire plus avec moins.

Nous avons vu les augmentations de budget, Mme la Présidente. Ce n'est pas parce que nous avons du gaspillage dans le système, mais on peut certainement contrôler le système. Nous avons plus de personnes de l'âge d'or. Nous avons aussi les groupes clientèles. Les personnes qui sont sur l'assistance sociale sont plus nombreuses. Nous avons aussi une technologie plus ou moins chère, mais efficace. Avec ça, nous avons des augmentations pour de bonnes raisons: des raisons qui sont explicables, des raisons qui sont claires, des raisons qui répondent aux besoins du peuple québécois.

Je suis heureux et fier que la ministre ait parlé d'humanisation de notre système. On doit certainement utiliser toute la stratégie du «Défi qualité-performance», mais on doit engager le monde. On veut certainement s'assurer que le système réponde mieux à la population québécoise, mais aussi que notre système réponde aux travailleurs et travailleuses qui donnent les services. On leur demande beaucoup — ce n'est pas un travail facile — et j'espère qu'on peut les respecter de la façon dont la stratégie «Défi qualité-performance» le fait. Avec tous les changements, j'étais fier et je suis fier encore de voir que nous n'avons jamais fait de changements qui frappent les plus vulnérables. Au Québec, avec tous les changements, malgré le contexte économique, nous allons toujours protéger les plus vulnérables. Pendant l'étude des crédits, je pense que ça va être de plus en plus clair.

Il y a, Mme la Présidente, quelque chose, je pense, que je fais bien de situer, de mentionner, c'est qu'au Québec on prend une responsabilité spéciale pour nos minorités. Mais une responsabilité spéciale, c'est plus que juste des discours disant qu'on aime les minorités; on doit dépenser de l'argent. Ici, au Québec, nous avons certainement mis en place une stratégie qui répond spécifiquement aux besoins de la communauté d'expression anglaise et aussi des communautés culturelles. J'espère que...

La Présidente (Mme Cardinal): En conclusion, M. le député.

M. Williams: En conclusion? Ce n'est pas beaucoup de temps qui reste, là?

La Présidente (Mme Cardinal): En conclusion, s'il vous plaît, M. le député.

M. Williams: Vingt minutes, ça passe vite...

La Présidente (Mme Cardinal): Très vite.

M. Williams: ...quand on parle de santé et de services sociaux. Mais peut-être que je pourrai avoir la chance, plus tard, de continuer.

En terminant, je voudrais juste faire quelques commentaires sur un projet que je trouve tellement

intéressant et qui est visionnaire, dans mon opinion — j'espère que, pendant nos 18 heures, on pourra en discuter — c'est le programme des hôpitaux de McGill qui est proposé. Ils ne veulent pas nécessairement avoir plus. Ce n'est pas le même discours que le Parti québécois, ce n'est pas une population qui demande plus. Ils sont prêts à fusionner cinq hôpitaux. Ils sont prêts à couper des lits. Ils sont prêts à bâtir, au Québec, un hôpital universitaire qui va être «deuxième à personne» par tout le monde. Voilà la différence de discours: une communauté qui est capable de gérer ses affaires et de ne pas demander nécessairement toujours plus. Mais ils peuvent arriver avec un modèle, une vision qui répond aux vrais besoins du peuple québécois, sans demander plus de lits, plus de choses comme ça. J'espère qu'on pourra discuter de ce fameux projet pendant notre étude des crédits. Merci, Mme la Présidente, de me donner quelques petites secondes extra pour finir mes remarques préliminaires.

Une voix: C'est un bon discours.

La Présidente (Mme Cardinal): Je vous remercie, M. le député de Nelligan. Est-ce qu'il y aurait d'autres députés qui aimeraient intervenir sur les remarques préliminaires?

M. Philibert: Mme la ministre, Mme la...

La Présidente (Mme Cardinal): Oh!

M. Philibert: ...Présidente...

La Présidente (Mme Cardinal): Non, mais... Ha, ha, ha! Je reconnais M. le député de Trois-Rivières. Ha, ha, ha! Non, merci.

M. Paul Philibert

M. Philibert: J'ai voulu vous faire rêver un instant, Mme la Présidente. C'est avec beaucoup de plaisir que j'interviens dans les remarques préliminaires en ce qui concerne le domaine du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'étude des crédits nous permet de faire un tour d'horizon qui est indispensable à chaque fois, compte tenu de l'importance des budgets qui sont impartis pour la santé au Québec. Ça représente 30 %, environ, du budget total du gouvernement du Québec. Donc, c'est une activité gouvernementale qui est importante en termes de poids financier — passez-moi l'expression — et qui est importante, également, pour la population, compte tenu de l'énormité des coûts, dans la mesure où elle s'adresse à des clientèles bien spécifiques, à des clientèles qui ont des besoins réels, que ce soient des besoins de santé immédiats, pour une intervention curative immédiate, que ce soit pour de la formation en prévention, que ce soit pour d'autres services au niveau de santé et bien-être, par exemple. Donc, c'est un débat qui doit se faire à chaque étude des crédits

pour qu'on puisse véritablement vérifier la pertinence de l'intervention de l'État et des différentes composantes, des différents partenaires dans la dispensation des soins de santé.

(16 h 50)

On sait qu'il y a des manques. On voit régulièrement des déclarations dans les médias. Bien sûr, il faut en faire une analyse à la fois critique et objective, prendre ces déclarations au sérieux, mais également réfléchir sur les motifs. Est-ce que ce sont des intérêts corporatistes qui motivent les gens? Est-ce que ce sont des intérêts particuliers? Est-ce que c'est le bien commun? Généralement, j'ai tendance à penser que c'est le bien commun, parce que, effectivement, les besoins sont là. Mais il y a une petite tendance, quand même — il ne faut pas tomber dans le piège — lorsqu'on arrive à trois, quatre ou cinq mois des élections, on voit des déclarations qui sont plus percutantes dans les médias, de telle sorte qu'on pense mettre de la pression sur les décideurs politiques. Je pense que c'est normal et de bonne guerre, mais il faut regarder, quand même, le phare. Il faut regarder la direction qu'on a prise. Il faut regarder les grands objectifs qui sont poursuivis et essayer de faire une équation qui soit équitable entre les besoins de la population et les objectifs financiers qui sont poursuivis par le gouvernement, mais qui doivent permettre également de répondre aux besoins de la population.

Depuis 1985, on entend souvent parler de coupures, on entend souvent parler de rationalisation. Moi, je préfère, personnellement, parler de rationalisation. Par exemple, en 1985, le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux était de 4 500 000 000 \$. Évidemment, on pourra dire, si on le compare au budget total du gouvernement du Québec... Mais il était quand même de 4 500 000 000 \$. À ce moment-là, ça apparaissait comme étant beaucoup de sous, puis c'était important dans le budget. En 1994-1995, les prévisions budgétaires sont de 12 922 000 000 \$. Alors, si je sais bien compter, il y a à peu près une différence de 8 500 000 000 \$ d'augmentation budgétaire. Bien sûr, ce n'est pas une augmentation qui a été donnée comme ça, puis qui s'en va au vent; ça répond à des besoins.

Donc, ça veut dire que le gouvernement du Québec, en termes de volonté de dispenser des services de qualité, fait ses devoirs et voit, avec l'équipe de spécialistes qui oeuvrent dans chacun des départements, à faire en sorte que de l'argent soit investi pour améliorer des services, pour développer des services, améliorer des équipements et doter des régions de certains équipements qui sont absents. Je prends la région de la Mauricie, par exemple. Je me souviens, entre les années 1978 et 1985 — et je reconnais des visages souriants qui habitaient dans cette région, à ce moment-là — qu'on faisait des études comparatives. On regardait la région de la Mauricie, par exemple, en ce qui a trait aux services dans les CSS, dans le temps, à ce qui était investi pour les jeunes, et on se disait: Bon, bien, la région de la Mauricie est en arrière. On est mal servi par le per capita. Alors, c'est un problème qui a été réglé par le

gouvernement du Québec, par des ajouts budgétaires au niveau de la Mauricie.

On disait que les équipements dans les soins de santé... Par exemple, dans les centres hospitaliers, un sous-équipement chronique, une qualité de bâtiments douteuse, parce qu'on n'avait pas investi depuis une dizaine, même une quinzaine d'années. L'hôpital Sainte-Marie, à Trois-Rivières, on l'a construit et on n'avait jamais réinvesti. On n'avait jamais réinvesti. Alors, on a investi, depuis 1985, à l'hôpital Sainte-Marie, environ 20 000 000 \$ pour régler le problème du bloc ambulatoire, pour faire des adaptations également au niveau du CH pour recevoir de nouveaux équipements, pour recevoir un scanner. On avait encore les vieux appareils diagnostiques des années cinquante. On a investi également à l'hôpital Saint-Joseph 18 000 000 \$, si ma mémoire est bonne, également pour doter ce centre hospitalier d'un scanner, parce que ce sont deux hôpitaux qui ont des spécialités qui s'inscrivent en complémentarité. Ils avaient besoin, donc, de cet instrument diagnostique qui était important pour donner par la suite un service de qualité aux clientèles. Donc, je viens de vous parler, là seulement, de 40 000 000 \$, très, très rapidement.

Au centre hospitalier Cooke, dans les frigidaires des cuisines, le plafond tombait sur la viande. Je n'exagère pas, les fonctionnaires qui ont vu ce dossier-là en ont entendu parler et ils ont vu des rapports. On a réparé, on a construit des cuisines nouvelles au centre hospitalier Cooke. Alors, c'est un autre investissement qui a été fait. Le foyer Joseph-Denys: 6 000 000 \$ ont été accordés pour la rénovation. La direction est en train de regarder des options qui pourraient être différentes en ce qui a trait à l'utilisation de ces 6 000 000 \$. Est-ce qu'on rénove ou si on fait autre chose? Mais, essentiellement, l'argent a été voté.

Donc, ce sont des ajouts budgétaires qui permettent d'instrumenter les dispensateurs de soins de la région d'équipements adéquats. Décision annoncée au mois de décembre, au mois d'octobre, si ma mémoire est bonne, de doter la région d'un service de radiothérapie. On sait que les gens de la Mauricie doivent venir à Québec pour recevoir des services de radiothérapie. Oncoradiologie, «c'est-u» ça, les spécialistes? En tout cas, permettez-moi d'appeler ça de la radiothérapie, c'est moins compliqué. Donc, les gens devaient venir ici. Il y a eu un problème d'embourbement ou, enfin, d'enlissement dans les listes d'attente à l'Hôtel-Dieu de Québec parce que, nous disait-on, bien sûr, la clientèle est abondante, mais, en plus, ils ont manqué de main-d'oeuvre spécialisée. On avait oublié, probablement, de former suffisamment de main-d'oeuvre. Enfin, c'est une discipline très pointue qui doit utiliser ces équipements-là. Donc, les gens devaient venir ici. Il y a eu des listes d'attente qui se sont allongées parce que le centre ne pouvait pas répondre à la demande. Alors, 12 000 000 \$ ont été octroyés à la région de la Mauricie pour dispenser ces services-là. Encore des ajouts d'argent qui, il me semble, sont importants pour la région.

(17 heures)

En travaillant ce dossier de la radiothérapie, on a fouillé un peu et on a réalisé qu'à l'Hôtel-Dieu il y avait un joyeux problème aussi. Il y avait un joyeux problème qui a été réglé, d'une certaine façon, parce que je pense qu'on a ajouté 20 000 000 \$, si ma mémoire est bonne. Vous me corrigerez si j'en mets trop ou pas assez. Mais ce qu'on a découvert, c'est que l'équipement à l'Hôtel-Dieu, c'était de l'équipement qui datait de 1958 et des années cinquante, et que ça n'avait jamais été touché. Je ne veux pas être démagogue, mais je vais vous donner un exemple. À Cuba, ils ont encore tous des chars de 1958 et ils se font des pièces. Là, on avait des équipements de 1958, mais le problème qu'on avait, c'est qu'on n'était plus capables d'avoir de pièces. Donc, il a fallu rajeunir à ce niveau-là, de telle sorte que le système de santé s'est modernisé, de telle sorte que les équipements se sont adaptés aux réalités nouvelles. On sait, la haute technologie dans le domaine des soins de santé, ce que ça peut coûter.

Alors, on s'est adapté à des réalités diagnostiques nouvelles et on s'est adapté également, d'une certaine façon — parce que, si on est plus efficaces dans le diagnostic, si on est plus efficaces au niveau de l'examen, si on est mieux organisés en termes de locaux, on peut recevoir une clientèle plus grande — aux courbes de vieillissement qui, par définition, nous amènent à penser que les soins de santé vont être exigés en plus grand nombre et, donc, auront un poids plus grand sur la possibilité d'intervention des différents intervenants à ce niveau-là.

Donc, je souhaite, dans l'étude des crédits que nous faisons actuellement, qu'on tienne compte de ces aspects-là, qu'on tienne compte également de la philosophie de base, qui a fait l'objet d'une acceptation quasi générale, je pense, malgré les difficultés pour la passer. Mais je pense que, très, très globalement, la philosophie de base de la loi 120, qui est celle de placer le patient au coeur de l'action des intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux, a trouvé des oreilles attentives partout à travers le Québec. Et cette vision nouvelle là, cette mentalité-là, au fond, est en train de se modifier à l'intérieur des structures de l'ensemble du réseau de la santé, par exemple, comparé à ce qui se passait, par une décentralisation systématique des budgets au niveau des régies régionales. Si ma mémoire est bonne, en 1985, au CRSSS de la Mauricie, au CRSSS-04 — vous pourrez me corriger si je fais erreur — il me semble que le budget était environ de 200 000 000 \$, mais, cette année, le budget de la régie régionale est de 640 000 000 \$.

Alors, il faut être prudent quand on parle de coupures. Je préfère de beaucoup parler de rationalisation, parler de saine administration des deniers publics, parler d'un système qui est en train de s'instrumenter avec une volonté politique qui est soutenue par une vision administrative qui va nous permettre de faire ce grand passage de la médecine curative et s'inspirer davantage de la politique de santé et bien-être pour qu'on aille carrément vers la prévention.

Il y a également tout l'aspect du maintien à domicile. On était, en 1985, à l'âge de pierre du maintien à domicile parce qu'on n'avait pas encore réalisé — et je n'accuserai pas nos amis d'en face parce que, je veux dire, on ne peut pas avoir conscience de tout ce qui se passe partout et tout le temps; ils pouvaient avoir des distractions ailleurs — que le vieillissement deviendrait un problème majeur, significatif, un poids très, très, très lourd à porter pour la société... Pardon?

La Présidente (Mme Cardinal): Il vous reste cinq minutes, s'il vous plaît. En conclusion.

M. Philibert: ...un poids très, très lourd à porter pour les finances publiques et la société québécoise. Donc, on a accentué, de façon significative et importante, les budgets dévolus, Mme la Présidente, au maintien à domicile. Donc, c'est une nouvelle approche qui a été mise de l'avant. Parce que, dans les années soixante et même dans les années cinquante, quand on a commencé à construire des centres d'accueil, quand un couple arrivait à la retraite à 65 ans, solide comme des chênes encore, le vieux et la vieille décidaient... Bon, bien, là, sa vieille — parce qu'ils s'appelaient comme ça dans ce temps-là; maintenant, c'est le troisième âge — on va aller au centre d'accueil. Puis, là, les deux vieux s'en allaient au centre d'accueil en pleine santé et ils allaient finir leurs jours là. On n'a plus les moyens, comme société, de se payer un luxe comme celui-là.

Je voyais une statistique tantôt en ce qui concerne la Suède qui dépense environ 9 % de son PIB pour les soins de santé. Je suis allé visiter l'organisation des services de santé en Suède, en 1989, et ils ont des problèmes qui sont importants. On sait que la Suède, c'est une civilisation millénaire qui a développé, donc, un système social-démocrate où le développement des services s'est fait au fil de ce millénaire-là, passez-moi l'expression, mais c'est, en même temps, une société très conservatrice. Ils ont développé des services pointus à la population et ils veulent les conserver. Ils ne veulent pas de changements, mais ils ont dû s'adapter.

Par exemple, au niveau du maintien à domicile, une personne qui est plus âgée va se faire une fracture d'une hanche, par exemple. Ils ont dû avoir de l'imagination. Ils ne peuvent pas la garder en institution si elle est capable de retourner. Alors, ils ont des petites maisonnettes qui sont mises au service, à la disposition de ces personnes-là. Et il y a une dynamique, parce que les gens, évidemment, ont droit à ces services-là dans le service public. Ils veulent rester là parce qu'ils font beaucoup d'insécurité.

Alors, là, il y a du personnel spécialisé qui parle à cette personne-là qui est en état de guérison, en état de se guérir, puis, là, ils la préparent psychologiquement: Bien, vous allez bien, madame, vous faites des efforts, vous faites vos exercices de physiothérapie, puis, si vous continuez comme ça, vous allez pouvoir sortir bientôt. C'est bien sûr que la madame, elle fait une crise, puis elle ne veut pas sortir. Mais, là, à force de discuter avec

elle, ils la convainquent qu'elle pourrait s'organiser, qu'elle pourrait tenir maison, puis une belle petite maison spécialisée pour elle. Et là, quand elle est assez bien, ils vont lui faire visiter. Ils disent: Bien, si vous ne voulez pas déménager, il n'y a pas de problème. Mais ils lui font visiter, ils lui montrent ça, puis, là, ils la font cheminer, puis la petite madame, à un moment donné, elle demande à y aller. Elle demande à y aller parce qu'ils l'ont convaincue qu'elle était capable de retrouver son autonomie. Ils l'ont convaincue qu'elle aurait des services.

Alors, c'est cette transition-là qu'on est en train de faire au Québec, également, au niveau du maintien à domicile. Ça m'apparaît, moi, la bouée de sauvetage ou l'avenue à prendre de façon systématique. Et on devra rationaliser dans différents secteurs, dans d'autres secteurs pour être capables d'investir massivement au niveau du maintien à domicile.

La Présidente (Mme Cardinal): Conclusion, M. le député.

M. Philibert: Et investir massivement au niveau du maintien à domicile...

La Présidente (Mme Cardinal): Je m'excuse, mais en conclusion, M. le député.

M. Philibert: Je conclus, Mme la Présidente. Investir massivement au niveau du maintien à domicile, c'est donner les ressources nécessaires au niveau des CLSC pour qu'ils puissent faire en sorte que les gens vont se sentir en sécurité chez eux. Et je conclus sur ça. On n'en avait pas de CLSC avant 1985, puis, quand ils ont été mis sur pied... Non, pas exact: en 1984, le CLSC à Trois-Rivières a été institué, mais il était dans la vieille bâtisse de l'unité sanitaire, là, qui datait des années trente. On les a dotés de pieds carrés maintenant, ce qui leur permet de donner des services adéquats pour les clientèles qui vont les visiter.

Alors, sur ça, Mme la Présidente, je vous dis que, encore une fois, je compte sur l'Opposition pour qu'ils conservent toujours le grand sens de l'objectivité qu'on sait leur reconnaître quand il s'agit du bien-être fondamental de la population du Québec. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, M. le député de Trois-Rivières. Mme la ministre, si vous voulez intervenir.

Mme Lucienne Robillard

Mme Robillard: Oui, Mme la Présidente, peut-être en réaction aux énoncés du critique de l'Opposition en matière de santé et des services sociaux sur deux, trois éléments: premièrement, celui de dire que notre système de santé était d'abord et avant tout victime du financement ou de l'état des finances publiques; et,

deuxièmement, celui de dire clairement aussi que notre réseau est un réseau en attente à l'heure où on se parle. Je vais limiter mes commentaires à ces deux dimensions-là.

Premièrement, quand on dit que le réseau est victime de l'état des finances publiques, il faut être très prudent, Mme la Présidente, quand on fait une telle affirmation. À l'heure actuelle, il est vrai que l'état des finances publiques augmente, je dirais, le problème au niveau du réseau de la santé et des services sociaux. Mais, indépendamment de l'état des finances publiques, même si nous étions dans une période où tout irait bien au niveau des finances publiques, la progression importante des dépenses en matière de santé et de services sociaux est une préoccupation non seulement pour le Québec, non seulement pour les autres provinces canadiennes, mais pour tous les pays industrialisés. L'ensemble des pays industrialisés s'interroge sur cette dynamique interne inflationniste des dépenses en matière de santé et des services sociaux.

(17 h 10)

Ce n'est pas nécessairement lié aux finances publiques. Le contexte des finances publiques vient aiguïser davantage cette problématique, oui, mais cette problématique, elle est là, elle est inhérente au système et à la dynamique du système. Et c'est ce pourquoi on a fait une réforme de la santé et des services sociaux, il ne faudrait pas l'oublier. Quand on a une dynamique de système qui est seulement orientée vers une philosophie de services et d'accessibilité aux services, et de développement de services, c'est sans fin, Mme la Présidente. Alors, on a vu des années où les dépenses ont pu progresser de IPC+6. Ce qu'on a voulu faire avec la réforme de la santé et des services sociaux au Québec, et je l'ai dit dans mon exposé, c'est qu'on a voulu se fixer des objectifs de résultat. C'est pourquoi notre politique de santé et bien-être est primordiale — c'est la base même de la réforme — pour nous aider à changer toute la dynamique de ce système-là.

Parce que, Mme la Présidente, quand on regarde ça, c'est presque 13 000 000 000 \$ qui sont affectés au réseau de la santé et des services sociaux. C'est de l'argent, c'est au-delà de 10 % de notre PIB. C'est plus que l'ensemble des pays du monde entier investissent en santé et services sociaux, à l'exception des États-Unis, et c'est toujours dangereux de faire des comparaisons avec les États-Unis parce qu'ils ont un système privé, comme vous le savez. Mais c'est énorme comme dépense par rapport à notre produit intérieur brut.

Et, par ailleurs, quand on regarde les résultats, on peut s'interroger: Comment se fait-il que d'autres pays dans le monde... Arrêtons de nous regarder seulement le Québec. Comparons-nous à ce qui se passe dans le monde. Comment se fait-il que d'autres pays de par le monde dépensent moins en santé et services sociaux et que, par ailleurs, ils ont des meilleurs indicateurs en matière de santé et de bien-être, donc, que leur population a une meilleure santé? Qu'est-ce qui se passe? Ça nous interroge. Est-ce que c'est en réinjectant de

l'argent dans le système qu'on va améliorer l'état de santé des Québécois et des Québécoises? Est-ce que je comprends des propos du député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue qu'il faudrait investir IPC+6, rajouter 1 000 000 000 \$, 2 000 000 000 \$? Avec quelles garanties d'améliorer la santé et le bien-être de notre population? Mme la Présidente, aucune garantie.

Quand on se compare par rapport à ce qui se passe ailleurs, on devrait s'interroger par le fait qu'on n'a jamais eu auparavant une politique de santé et bien-être, qu'on n'a jamais fixé des objectifs de résultat, qu'on n'a jamais mesuré nos objectifs par rapport à l'argent qu'on met dans le système et qu'on n'est jamais allé examiner les déterminants de la santé et du bien-être. Si on avait 1 000 000 000 \$ de plus demain matin, il n'y aurait plus de problème des finances publiques. Si on avait 1 000 000 000 \$, Mme la Présidente, devrions-nous l'injecter dans notre réseau? Je vous dirais que, comme ministre de la Santé et des Services sociaux, je n'en suis pas certaine. Peut-être qu'il faudrait mettre ça dans les garderies, peut-être qu'il faudrait mettre ça ailleurs, dans l'environnement de la personne. Parce qu'on s'aperçoit que les déterminants de la santé et du bien-être sont beaucoup plus globaux que ce qu'on pensait avant et qu'une personne qui est instruite, qui travaille, qui a un travail valorisant, qui a un rôle social important, qui vit dans une communauté où il y a des systèmes d'entraide, tout à coup, cette personne est comme en meilleure santé ou en état de mieux-être. Il faut regarder l'ensemble du système.

Alors, faisons attention quand on dit que notre système est victime des finances publiques. C'est vrai que le contexte des finances publiques nous amène à nous interroger et à faire des remises en question. Malheureusement, c'est souvent le cas qu'il faut une crise en quelque part pour qu'on s'interroge et qu'on se remette en question. Mme la Présidente, c'est souvent comme ça, même dans nos vies personnelles. Il faut, à un moment donné, qu'il y ait un coup dur qui arrive et qu'on dise: Oh! on va regarder ce qui se passe, oh! on va remettre des choses en question, on va revenir aux choses essentielles de la vie. Parfois, quand une personne est atteinte d'une maladie, c'est ce qui se passe, elle revient à l'essentiel de la vie.

Bien, c'est comme ça aussi, les finances publiques. C'est peut-être malheureux de le dire, mais pourquoi ne saisissons-nous pas cette occasion pour le faire, cet exercice de remise en question, pour changer la dynamique de notre système, pour mieux fixer nos objectifs en matière de santé et de bien-être dans chacune des régions du Québec, pour que, en l'an 2000, notre système soit vraiment orienté de cette façon-là et qu'on alloue nos ressources en conséquence, pour être sûrs que, quand on investit, on investit aux bons endroits et qu'on va améliorer l'état de santé de notre population? C'est ça notre objectif fondamental.

Je pense qu'il faut resituer les choses dans leur contexte. La situation des finances publiques nous oblige à accélérer le pas en cette matière-là, mais c'est

peut-être le moment privilégié pour le faire. C'est un défi majeur, c'est un défi de taille. C'est un défi qu'il est possible de relever si tous et chacun, on met la main à la pâte et on se dit qu'on est capables de le relever ensemble, non pas en essayant de faire accroire que tout va mal dans ce réseau de la santé et des services sociaux, que la population n'a plus les services, qu'on a des listes d'attente interminables partout et qu'on est en train de créer des problématiques insolubles. Non, Mme la Présidente, la situation n'est pas celle-là.

C'est un défi de taille, important, avec des difficultés, mais je ne peux pas croire qu'avec tous les professionnels qu'il y a dans le réseau de la santé et des services sociaux on ne peut pas, tous ensemble, trouver des moyens de rendre les mêmes services à notre population et à meilleur coût. Je ne peux pas croire ça, Mme la Présidente. Il s'agit de se promener dans le réseau, de rencontrer les gens qui travaillent sur le terrain pour voir comment ils ont plein d'idées pour relever ce défi-là. Les directrices et les directeurs généraux aussi sont capables de le relever, ce défi-là.

Alors, il ne faut pas partir en disant: On est victimes, il n'y a rien à faire. Non, ce n'est pas du tout l'orientation que nous, on prend, au ministère de la Santé et des Services sociaux. On se dit: Fixons-nous des objectifs très clairs de résultat, investissons aux bons endroits, trouvons des nouvelles façons de faire qui coûtent moins cher. On doit ça à la population québécoise, parce qu'elle tient à ses services de santé et à ses services sociaux, et, ensemble, on est capables de réussir à relever ce défi-là. Alors, à ce moment-là, il ne s'agit pas de monter en épingle les listes d'attente qui existent dans l'ensemble du réseau, parce que, là, on retourne justement dans la philosophie antérieure de développement de services où il n'y a pas de fin aux services qui peuvent être nécessaires en matière de services sociaux et de services de santé au Québec. Il faudrait un peu regarder les résultats.

On me parle toujours de fermeture de lits. Mme la Présidente, on aura l'occasion d'y revenir au cours de ces 18 heures de débats. Oui, il y a des fermetures de lits présentement au Québec, mais si on parlait de la gestion de ces lits-là. Et, si on fait les changements qui s'imposent vers des ressources plus légères et alternatives, peut-être qu'il y en aura davantage de fermetures de lits dans l'avenir. Est-ce qu'on doit toujours s'en inquiéter? Regardons dans les faits. Est-ce que la population reçoit les services dont elle a besoin? Alors, moi, quand je regarde les statistiques sur l'ensemble de nos activités dans les hôpitaux, Mme la Présidente, je ne peux pas m'inquiéter à outrance de cette fermeture de lits là.

Les dernières statistiques valables qu'on a — valables et validées — c'est sur l'année 1992-1993. Alors, on s'aperçoit que, dans la majorité de nos hôpitaux du Québec, on a augmenté notre nombre de jours-présence de 0,7 %; on a augmenté le nombre d'admissions de patients de 0,4 %; on a augmenté les soins d'un jour aux patients de 17 %. C'est clair que, quand on débloque toute la chirurgie d'un jour, qu'on hospitalise

moins, il se pourrait qu'il y ait des fermetures de lits. On a augmenté notre taux d'occupation de 0,6 %; on a augmenté le nombre de patients au bloc opératoire de 3,5 %; on a augmenté nos services ambulatoires de 2 %.

(17 h 20)

Mme la Présidente, où est la crise dans le réseau de la santé et des services sociaux? Où est ce réseau en attente? J'ai de la difficulté à saisir les propos du député et critique de l'Opposition. Ça n'empêche pas que, dans une région particulière, dans un établissement X, il peut y avoir un problème, mais ne partons pas sur les statistiques de listes d'attente pour dire qu'on a un problème majeur au Québec.

D'ailleurs, je serais très curieuse d'entendre l'Association d'orthopédie du Québec sur la question des listes d'attente. À un moment donné, l'Association d'orthopédie décriait qu'il y avait 35 000 personnes en listes d'attente. Un an plus tard, sans qu'il y ait eu aucune action particulière de prise, il n'y en avait plus que 22 000. Comment se fait-il? Donc, il faut regarder aussi la composition des listes d'attente. Il ne faut pas partir juste de statistiques brutes. Tout cela, Mme la Présidente, pour vous démontrer la complexité, quand on utilise des statistiques, d'aller voir ce qu'il y a derrière ces statistiques.

Alors, Mme la Présidente, je pense que présentement, au Québec, étant donné notre capacité de payer aussi, étant donné notre richesse collective, vous voyez la volonté gouvernementale de maintenir les acquis d'un système, qui s'appelle le système de santé et de services sociaux, pour rendre toujours de meilleurs services à notre population, et ce, malgré le fait qu'on demande des efforts au réseau afin de freiner sa croissance dans l'avenir. Parce que c'est ce dont il s'agit, de freiner la croissance des dépenses, de changer la dynamique, de réorganiser le réseau et d'arriver à cet objectif budgétaire pour être capables d'offrir toujours les mêmes services à notre population. Voilà ce que j'entends démontrer au cours de ces 18 heures, Mme la Présidente, avec toute l'équipe qui m'accompagne aujourd'hui.

Je voulais vous le mentionner, Mme la Présidente, vous avez, à ma droite, mon sous-ministre, M. André Trudeau, sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux. À la droite de M. Trudeau, vous retrouvez M. Pierre Roy, qui est le sous-ministre adjoint au budget et à l'administration. J'ai aussi avec moi, derrière M. Trudeau, la sous-ministre adjointe à la santé publique, Mme Christine Colin; M. Maurice Boisvert, qui est sous-ministre adjoint à la coordination régionale; à la planification et à l'évaluation, M. Simon Caron; M. Conrad Dubuc, qui est aux immobilisations et aux équipements; M. Reynald Gagnon, qui est aux programmes; et, finalement, M. Pierre Lamarche, aux relations professionnelles, une très grande équipe parce que nous avons un très grand réseau. En plus, Mme la Présidente, je suis accompagnée aussi de mon cabinet politique: Marc Saint-Pierre, mon directeur de cabinet, à ma gauche, de même que de tous mes attachés

politiques. Il nous fera plaisir de répondre à toutes les questions des membres de la commission des affaires sociales sur notre ministère et sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Merci, madame.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, Mme la ministre. Je vois que vous êtes vraiment bien entourée. C'est la compétence. Vous avez deux choses que j'ai bien remarquées: c'est le défi que nous avons à relever et, également, l'interrogation à laquelle tous et chacun, je crois, devraient s'arrêter.

M. Cusano: Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Cardinal): Oui, M. le député de Viau.

M. Cusano: ...je demanderais le consentement de mon collègue de Rouyn-Noranda—Témiscamingue pour permettre à notre collègue de Kamouraska-Témiscouata de faire une petite intervention de quelques minutes. Je demanderais son consentement pour lui permettre des remarques un peu générales.

M. Trudel: Bon, écoutez...

M. Cusano: Je connais le règlement, Mme la Présidente. Je demande, tout simplement, le consentement pour une intervention qui ne durera pas plus qu'entre cinq et sept minutes.

La Présidente (Mme Cardinal): Au niveau de l'équité et du temps alloué...

M. Trudel: Mme la Présidente, si vous permettez, puisqu'il y a une demande de consentement, je pense qu'il va falloir rendre les choses assez claires, là. Si c'est une brève intervention de cinq minutes, je pense, Mme la Présidente, que vous allez constater que, du côté de l'Opposition, en tout cas, j'essaie de reprendre le rythme qu'on a observé au cours des dernières années, c'est-à-dire d'intégrer les remarques d'ouverture de Mme la ministre et aussi, même si ce n'est pas prévu à notre règlement — il n'y a pas de rigueur à avoir à cet égard-là — une réplique, normale, aux propos de l'Opposition et des députés. Mais vous remarquerez que, là, ça fait une heure et demie que nous sommes en remarques préliminaires...

Une voix: Deux heures et demie.

M. Trudel: ...deux heures et demie, pardon, et, d'habitude, il y a une intervention du côté ministériel, et loin de moi de nier les droits des députés de ce côté-là. Alors, si c'est une brève période de remarques de cinq minutes, parce qu'il y a quand même beaucoup de questions à poser à cet égard-là... C'est parce que, si on transforme la commission en société d'admiration mutuelle, on va renvoyer tout l'aréopage chez lui, là, et,

comme vous êtes une fine causeuse, Mme la ministre, on va s'installer tous les deux, on va faire ça tranquillement, puis on ne gaspillera pas l'argent des contribuables, puis des citoyens. Tout ce monde-là va aller travailler; c'est tout du monde compétent, ils vont tous s'en aller et là vous allez vous installer et on va faire une belle causerie entre nous. Ça va être bien comme cela et on va éviter de gaspiller des milliers et des milliers de dollars.

Alors, dans ces conditions-là, pour une brève intervention, le whip situe ça à cinq minutes, très bien, Mme la Présidente, pour cinq minutes.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, M. le député. Mme la députée de Kamouraska-Témiscouata, vous avez cinq minutes.

Mme France Dionne

Mme Dionne: Merci, Mme la Présidente. Effectivement, je serai brève et je remercie le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, un régionaliste bien connu, de faire parler quelqu'un qui vient de l'autre bout. Parce que, d'habitude, on dit Kamouraska-Témiscamingue, ça fait que j'ai comme l'impression que ça englobe toujours votre comté. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Dionne: Mais je me dépêche, je me dépêche, j'arrive au point, Mme la Présidente, pour dire, en tout cas, que ça me fait plaisir de prendre quelques instants quand même pour aborder juste certains points qui sont des dossiers importants pour Kamouraska-Témiscouata et le Bas-Saint-Laurent. Certains sont réglés, mais d'autres sont des questions qui sont là et, compte tenu que, ces temps-ci, on fait beaucoup de tournées dans la région, je voulais vous en faire part lors de cette commission parlementaire.

Tout d'abord, Mme la Présidente, j'aimerais dire à Mme la ministre, quand elle parle, effectivement, que dans le réseau il y a tout un défi à relever compte tenu des compressions budgétaires qui sont partout à travers le Québec, que j'ai rencontré différentes personnes qui travaillent dans le réseau, soit dans des centres d'accueil, soit dans des hôpitaux de la région, tout ça, et c'est certain que, pour ces personnes, ce n'est pas facile d'avoir à vivre ça et à travailler là-dessus. Mais, en même temps, on s'assoit, puis on prend quelques minutes pour en parler et, déjà, les infirmières, les préposés, les gens dans différents secteurs de l'hôpital ou du centre d'accueil nous disent: Bon, peut-être qu'on pourrait faire ça de cette façon-ci, on pourrait faire autre chose de telle autre façon qui nous permettrait de faire des économies, on pourrait essayer ça. Alors, je pense que le défi qui est devant le ministère et devant tout le réseau de changer certaines choses, il est là, et les gens dans le réseau sont prêts à s'asseoir et à regarder différentes façons de travailler, tout en assurant le meilleur

service possible à la clientèle dans chacune des régions.

Et, d'autre part, je pourrais aussi ajouter, Mme la Présidente, pour avoir parlé à plusieurs bénévoles, parce qu'il y a beaucoup de comités de bénévoles qu'on retrouve dans chaque municipalité, autour de chaque hôpital, de chaque centre d'accueil, que ce sont des personnes qui prennent de plus en plus confiance dans le travail bénévole qu'elles font et qu'elles sont prêtes à en faire de plus en plus. Il y a des réseaux assez extraordinaires. Je pense que c'est le réseau de bénévoles le mieux structuré, dans le moment, à travers le Québec et c'est au niveau de la santé et des services sociaux. Alors, je pense que ces gens-là aussi ont des idées parce qu'ils voient des choses, ils voient des façons, des pratiques, des habitudes qui ont été contractées et ils sont prêts, j'en suis certaine, à participer à ce défi qui est celui du ministère et du réseau. Et, dans ce sens-là, Mme la ministre, vous pourrez compter, je pense bien, sur l'apport de beaucoup de bénévoles qui ont des idées, puis qui ont de l'expérience, après beaucoup de travail à l'extérieur du réseau, et qui peuvent en faire profiter le réseau.

Ensuite, Mme la Présidente, j'aimerais seulement aborder quelques points, parce que je vois le temps filer et M. le député me regarde d'un oeil avisé. Alors, j'aimerais vous rappeler, Mme la ministre, qu'il y a certains dossiers dans mon comté, qui font l'objet de beaucoup de mon attention et de celle de la population. Tout d'abord, il y a le dossier de l'hôpital Notre-Dame-du-Lac qui va être un dossier, quand les réparations vont être exécutées, puis on espère qu'elles vont l'être dans les plus brefs délais, qui va permettre une meilleure rétention des médecins dans le comté. Parce que, par le fait même, les médecins qui sont là, qui voient les patientes, par exemple, en obstétrique de façon régulière, vont pouvoir aussi les suivre jusqu'à la fin, et ça va éviter sûrement des coûts, des factures et des chèques qu'on a à faire au Nouveau-Brunswick, à l'hôpital d'Edmundston en particulier. Alors, dans ce sens-là, tout le monde a bien hâte, tant le personnel et la population du Témiscouata, que ce dossier, qui est en marche et qui suit son cours parce qu'on est rendus à préparer les devis, soit réalisé dans les meilleurs délais. Parce que, là, on va sûrement sauver des sous qui vont être réinjectés dans le réseau et permettre une meilleure rétention des médecins qui, veux, veux pas, en sont...

(17 h 30)

La Présidente (Mme Cardinal): En conclusion, Mme la députée.

Mme Dionne: Oui. Alors, mon point, et ça, c'est le dernier, Mme la Présidente, que je voulais faire, c'est que, dans les compressions budgétaires qui sont amenées, il y a une participation qui est demandée à chaque régie. Et, dans le Bas-Saint-Laurent, ce qu'on me dit, c'est que les établissements de chaque MRC sont appelés à travailler en équipe pour répondre aux demandes du ministère et de la régie. Alors, dans ce sens-là, j'ai l'impression que le dossier qui est devant nous du

poste de directeur général du CLSC des Frontières va faire partie de la concertation de la MRC de Témiscouata et qu'on pourra résoudre ce dossier et s'assurer du maintien du poste en complémentarité avec les autres établissements du Témiscouata. Et j'espère, à ce moment-là, Mme la ministre, que vous aurez une oreille attentive pour bien répondre au travail qui est fait et qui va être fait dans la MRC de Témiscouata.

Alors, Mme la Présidente, je m'arrête ici. Je remercie la commission de m'avoir laissé quelques instants pour faire le point sur plusieurs dossiers, et M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci. Alors, je crois que nous allons passer maintenant, sans plus tarder, à l'étude des programmes. Alors, le programme 1, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

Services des centres locaux de services communautaires

M. Trudel: Mme la Présidente, en abordant le premier programme, ça nous permet de poser un certain nombre de questions générales sur l'ensemble du système. Et, Mme la ministre, une seule remarque, pour l'instant, sur vos remarques en réponse aux miennes quand je dis: Il y a un changement de langage. Écoutez bien ce qui était écrit — et on ne passera pas la journée là-dessus, là — et ce qui a été dit au système de la santé et des services sociaux et à la population du Québec, le 7 décembre 1990, à propos du financement du système: «Divers facteurs exerceront, pour leur part, une forte pression à la hausse sur les coûts, que l'on songe seulement au vieillissement de la population, au rattrapage à effectuer en matière de développement technologique et de maintien des actifs ou encore à certains besoins en émergence: sida, violence, itinérance. Compte tenu de cette pression, le ministère — c'est le même gouvernement qui parle, Mme la ministre — juge impossible de ramener le rythme de croissance des dépenses du secteur à celui des autres dépenses gouvernementales. Le gouvernement reconnaît ce fait et souscrit au caractère toujours prioritaire du secteur de la santé et des services sociaux. En cela, il rejoint la perception et le souhait des citoyens eux-mêmes et, plus spécifiquement, le gouvernement entend accorder au ministère une croissance annuelle moyenne réelle de son budget équivalant à 3 % au cours des cinq prochaines années.»

Juste pour vous noter, Mme la ministre, qu'on veut bien croire à votre nouveau discours, au nouveau discours gouvernemental, mais «chat échaudé craint l'eau froide». Et de s'être fait dire ça dans le projet de réforme écrit, largement diffusé, souhaité de la part du ministre d'alors et du même gouvernement, avec de très bonnes intentions, j'en suis persuadé, vous conviendrez que, quand on parle de changement de langage, de virage, pour employer des mots français, ou d'«about-turn» de 180°, eh bien, c'est un peu à ça qu'on fait allusion.

Objectif budgétaire inscrit dans le «Défi qualité-performance»

Mme la ministre, le défi performance, il place donc — et je voudrais être bien sûr des chiffres qu'on avance — il fixe la barre à... Le réseau de la santé et des services sociaux devra se retrancher 750 000 000 \$ au cours des trois prochaines années. Est-ce que c'est bien de ce montant-là que l'on parle dans le défi performance? Parce que, écoutez, il s'en est promené des chiffres de toute nature, puis de tout ordre, de toute grandeur à l'intérieur, dans les circuits d'information, et à l'extérieur. Est-ce que l'on doit comprendre, donc, que le réseau de la santé et des services sociaux devra se contraindre de 750 000 000 \$ au cours des trois prochaines années? Est-ce que c'est cela?

Mme Robillard: Oui, Mme la Présidente, c'est l'objectif budgétaire qui est inscrit dans le «Défi qualité-performance» d'avoir un frein à la croissance, qui pourrait être de l'ordre de 750 000 000 \$ pour les trois prochaines années. Pourquoi l'avoir mis sur trois ans? Parce que, à juste titre, je pense que les gestionnaires de notre réseau nous ont fait valoir que, pour atteindre de tels objectifs, il fallait mettre des mesures en place non seulement à court terme, mais à moyen terme. Et, donc, dans l'année 1994-1995, il y a plusieurs mesures qui seront mises en place dont on pourra voir la vitesse de croisière en l'an deux et l'an trois, surtout quand on parle de tous les services périphériques aux services directs dans un établissement, que ce soit la buanderie, l'hôtellerie ou l'entretien ménager. Ça demande des analyses supplémentaires, mais on a tout lieu de croire qu'on pourrait mettre un frein à la croissance de cet ordre-là pour les trois prochaines années.

Mais je dois vous préciser, par ailleurs, que ça comprend les montants de réallocations. Prenons l'exemple de cette année, c'est des chiffres de 200 000 000 \$ qu'on demande comme frein à la croissance, mais 25 000 000 \$ seront réalloués dans le réseau. Donc, quand on parle de 750 000 000 \$, ça comprend le montant des réallocations aussi dans le réseau.

M. Trudel: Donc, ce qui ne serait pas compressé, si vous me permettez l'expression, en 1994-1995, ce sera compressé en 1995-1996 et 1996-1997. C'est-à-dire que les 750 000 000 \$, c'est un objectif à atteindre. Si on ne réussit pas à l'atteindre avec 204 000 000 \$ cette année, plus... Non, on fera la distinction après. Si on n'atteint pas 204 000 000 \$ cette année, les compressions seront plus grandes les deux autres années à venir. Exact?

Mme Robillard: Non, ce n'est pas de cette façon-là qu'on voit la chose, Mme la Présidente. On va atteindre les 204 000 000 \$ cette année. On n'a pas pris les 750 000 000 \$ et on l'a divisé par trois ans, comme vous voyez. Donc, cette année, il est de l'ordre de 204 000 000 \$, mais, l'année prochaine, on verra,

dépendamment du rythme de croisière des mesures qui seront en place, l'objectif étant que, sur trois ans, on puisse atteindre 750 000 000 \$.

M. Trudel: Pourtant, madame, dans les textes que vous avez communiqués aux représentants des régies régionales, il y avait un certain nombre de mots qui indiquaient que, cette année, si on s'en tenait à 200 000 000 \$, l'objectif était toujours de 750 000 000 \$ sur trois ans.

Mme Robillard: Oui, oui.

M. Trudel: Donc, en conséquence, qu'on n'atteigne pas ces 200 000 000 \$ ou, de toute façon, le dépassement de 200 000 000 \$ à 250 000 000 \$, il faut que ça se récupère l'année deux et l'année trois du programme de défi performance.

Mme Robillard: Pour qu'on s'entende bien, là, il y a des mesures qui seront en place dès cette année pour atteindre l'objectif des 204 000 000 \$.

M. Trudel: Oui, oui.

Mme Robillard: Je veux dire, là, pour être plus claire, que, si le réseau disait: Cette année, on peut faire seulement 100 000 000 \$ et on reporte 100 000 000 \$ sur l'autre année, ça m'apparaîtrait complètement irréaliste étant donné la progression que l'on voit au niveau de... Donc, tous les efforts sont mis pour atteindre cet objectif de 204 000 000 \$ pour l'année 1994-1995, mais en conservant le cap sur 750 000 000 \$ sur l'espace de trois ans.

M. Trudel: Évidemment, on peut imaginer que les mesures prises visent à atteindre les objectifs. Ce serait assez difficile de penser autrement. Mais, si on n'y arrivait pas — qu'on se le tienne pour dit, c'est 750 000 000 \$ sur trois ans avec l'objectif d'atteindre 204 000 000 \$ en 1994-1995 — il faudrait poursuivre le rythme et l'accélérer si on n'a pas fait les récupérations nécessaires en 1994-1995.

Mme Robillard: L'objectif de base, c'est très clair, c'est de tenter de freiner la croissance au niveau des dépenses de santé et de services sociaux. Il est vrai, Mme la Présidente, que, dans le texte de la réforme axée sur le citoyen, il était indiqué que le gouvernement entendait accorder, en principe, au ministère une croissance annuelle moyenne réelle de son budget équivalent à 3 % au cours des cinq prochaines années, mais M. le député de l'Opposition a oublié de lire le paragraphe qui suivait et qui disait, deux lignes plus loin, que le gouvernement entend tenir compte de la conjoncture économique, de la politique budgétaire et de la capacité de payer de l'État. C'était clairement dit, aussi, dans le texte de la réforme.

(17 h 40)

M. Trudel: Mais vous reconnaissez qu'il était dit que le ministère juge impossible de ramener le rythme de croissance des dépenses du secteur à celui des autres dépenses gouvernementales, compte tenu des besoins.

Mme Robillard: Je mentionne strictement, Mme la Présidente, qu'il était clair aussi, à cette époque-là — on se retrouve en 1990 — qu'on parlait déjà de la capacité de payer de l'État, que, quand on a tenu la commission parlementaire sur le financement des services de santé, on a avancé très nettement, dans le document, l'hypothèse, aussi, d'avoir une augmentation de IPC+1 qui était tout à fait indiquée dans le document qui avait été soumis à la consultation. Alors, ce n'est pas nouveau, là, pour 1994-1995. Et, entre-temps, comme on le sait, on a eu aussi le document «Vivre selon nos moyens» qui a marqué toute l'orientation gouvernementale au niveau de ses dépenses. Alors, je pense que c'est dans ce contexte-là que se situent les orientations budgétaires de l'année qui vient.

M. Trudel: Vous conviendrez que, dans le document sur le financement — l'hypothèse évoquée est de 1 % — on mentionnait bien qu'il faudrait restreindre l'accessibilité aux services. Compte tenu de l'évolution de la demande, ça signifiait une restriction dans l'accessibilité aux services. Bien sûr, on peut s'en aller à moins 1 %, à moins 2 %, à moins 3 %, mais on ne peut pas prétendre qu'on va maintenir la même accessibilité aux services. Il y avait un coût à cela, dans les hypothèses: plus 1 % ou plus 3 % ou plus 3,5 %, et la situation pour répondre aux besoins, au meilleur de la connaissance et des informations que nous avons, correspondait à IPC+3 % pour continuer à répondre aux besoins de la population, compte tenu du vieillissement et de la situation de la population. Mais il faudrait restreindre... Et ça, c'est un choix que le gouvernement a effectué de dire: En santé et services sociaux, bien, je vais me restreindre à 1 % d'augmentation, malgré les facteurs objectifs d'augmentation de la demande.

Mme Robillard: Mme la Présidente, contrairement à ce que dit le député de Rouyn-Noranda, dans le document qui avait été soumis à la consultation à la commission parlementaire sur le financement, qui s'appelait «Un financement équitable à la mesure de nos moyens», il est dit très clairement, à la page 71, que les «objectifs financiers prioritaires devront trouver une conciliation acceptable avec les objectifs fondamentaux du gouvernement et du réseau, qui sont: 1. l'accessibilité aux services que leur état requiert; 2. pour tous les citoyens du Québec». Alors, on ne disait pas que ça diminuerait l'accessibilité.

M. Trudel: Écoutez, si on mentionne, dans le document, que le vieillissement de la population et l'apparition des nouvelles problématiques nous amènent à une croissance des besoins de 3 %, il est évident que,

quand on choisit l'option de plus 1 %, bien, il y a une restriction à l'accessibilité aux services, par définition même.

Mme Robillard: Ah, Mme la Présidente, on pourrait avoir une longue discussion sur ça. Je pense qu'il y a des façons de faire; il y a la façon dont on a organisé nos services, la façon dont on livre nos services. Si on remet ça en question et qu'on trouve des nouvelles façons de faire, on peut atteindre ces objectifs financiers là sans toucher à l'accessibilité du service. C'est ce dont il s'agit, là, présentement. Prenons seulement le développement de la chirurgie d'un jour. Allez-vous me dire que, si, demain matin, vraiment, vraiment, on prend le virage de la chirurgie d'un jour, on va diminuer l'accessibilité aux services parce qu'on fait ça? Absolument pas, alors que les coûts de la chirurgie d'un jour, comparativement à des coûts d'hospitalisation, je n'ai pas besoin de vous dire, à sa face même, ce que ça fait économiser au réseau. La même chose si on réduit notre durée de séjour, quand on la compare encore à la moyenne canadienne.

Est-ce que des mesures comme ça de... Si on regroupe des services — dans le domaine universitaire, on parle de regroupement d'hôpitaux pour rendre les mêmes services — est-ce qu'on va diminuer l'accessibilité aux services pour autant? C'est un large débat. Je pense qu'on peut conserver cet objectif d'accessibilité, mais trouver des façons de faire différentes des façons auxquelles on était habitués dans le passé, c'est vrai. Et c'est toujours difficile d'apporter des changements dans nos acquis. Même pour la personne qui est habituée à se faire hospitaliser trois jours pour une intervention, demain matin, si on va lui dire: C'est la chirurgie d'un jour, elle va dire: Bon, les services sont différents. Oui, les services sont différents. Il y aura peut-être une certaine réaction de la personne, oui, mais de là à conclure que c'est une diminution au niveau de l'accessibilité ou de la qualité de services, on ne doit pas atteindre ce pas-là. C'est dans ce sens-là qu'on travaille.

M. Trudel: Si je peux avancer ma pièce sur le jeu d'échecs, il est aussi dit, dans février 1992, Mme la ministre, que, si on réduit à IPC+1 % au lieu de IPC+3 % tel que le réclament les besoins, cette situation risque de compromettre la réalisation des objectifs fondamentaux que poursuit le gouvernement dans le secteur de la santé et de l'adaptation sociale dans le cadre actuel.

Une voix: La page?

M. Trudel: Vous voulez avoir la page? Bien, là, d'habitude, Fischer ne donne pas ses coordonnées quand il avance ses pions sur l'échiquier. Ha, ha, ha! C'est à la page 108. Ça va vous donner une chance.

Mme la ministre, évidemment, on ne peut pas, en termes de système, dire: Nous n'avons pas à rechercher la plus grande efficience, la plus grande efficacité. Parce

que, peu important les situations politiques, les situations de qui dirige l'État, on est tous confrontés, évidemment, au même objectif: le service aux personnes d'abord. La personne qui est dans une situation de détresse sociale ou de détresse physique, elle veut avoir accès aux services et le plus rapidement possible. C'est, d'ailleurs, ce qu'on s'est donné comme défi là-dessus.

Alors, qu'on cherche à en faire davantage de façon différente, personne ne peut s'objecter à cela — et loin de nous cette idée — de rechercher des façons différentes de faire pour en faire davantage, compte tenu des illustrations et des listes que je donnais tantôt. Parce que, vous le savez, Mme la ministre, au-delà des chiffres que je mentionnais, comme ministre de la Santé et des Services sociaux, ce que vous vous faites dire le plus souvent, ce que votre monde se fait dire, ce que vos députés et ce que nos députés se font dire: On attend, on attend, on attend, dans le système de santé et des services sociaux, pour avoir des services, et avec des problèmes assez graves parfois, des maladies qui sont diagnostiquées trop tard.

Quand on attend 48 jours pour un test en laboratoire, il y a des chances, on augmente le taux de probabilité que le diagnostic soit fait trop tard et qu'il y ait un peu d'irréparable. C'est très dur de dire ça, mais c'est inévitable, si on prend 48 jours pour poser le diagnostic à un problème de santé à l'aide de l'analyse de la formule sanguine, bien, que le taux de probabilité, de chances non pas qu'on augmente l'erreur, mais que le diagnostic et le pronostic soient différents est plus élevé.

Alors, à cet égard-là, il nous faut, Mme la Présidente, parler précisément de ces situations de diagnostic en termes de privatisation de services. Bon, là, vous avez demandé aux régies régionales de vous pondre un plan, suivant des objectifs dont j'ai fait l'énumération quantitative tantôt, d'ici la mi-mai: Livrez-nous quelque chose comme 179 000 000 \$ de compressions dans le système. Les régies régionales vont devoir, par exemple, probablement, s'interroger sur la privatisation. Alors, il y a, dans la présentation de Mme la présidente du Conseil du trésor, une option qui est ouverte, qui s'appelle les agences; la privatisation ou l'expérimentation de la formule des agences gouvernementales ayant pour mission d'assurer la gestion des services gouvernementaux sur une base quasi commerciale.

Est-ce que, comme marge, la lettre de M. Boisvert incluait ça? Est-ce que ça incluait cette marge de manoeuvre de penser qu'on pourrait travailler dans le système de santé et de services sociaux avec des agences pour un certain nombre de services? Mais, en même temps, au niveau de la privatisation des services, est-ce que vous avez donné quelques indications jusqu'où veut se rendre l'État, le gouvernement? Et, je vous le dis tout de suite, après ça, on va revenir sur les laboratoires spécifiquement, parce que, là, il y a une question tout à fait non seulement d'actualité, mais d'acuité par rapport à l'accessibilité et aux services aux personnes.

(17 h 50)

Mme Robillard: Dans l'opération «Défi qualité-

performance» et dans l'objectif pluriannuel qu'on a, il y a certains buts stratégiques qui sont indiqués au réseau. Le premier, c'est de regarder toute l'organisation et la configuration des services. Le deuxième, c'est de remettre en question les façons de faire et les modes de pratique au plan clinique. Et le troisième, c'est d'accorder une attention très particulière à tous les services périphériques qui ne sont pas les services directs. Quand on a regardé les services périphériques de façon particulière, on s'est attardé, on a formé un groupe de travail avec les régies et les établissements concernant des services de buanderie, d'hôtellerie et d'entretien ménager. Et là, on est en train de regarder les facteurs explicatifs au niveau de l'écart des coûts dans ces domaines-là.

Et quelles seront les voies de solution? On verra, mais, en premier lieu, ce qui est très intéressant quand on regarde ce qui se passe dans le réseau, c'est qu'on s'aperçoit qu'il y a un écart de coût unitaire important pour des mêmes services livrés par deux établissements ayant la même mission; l'écart de coût unitaire est très important. À quoi est-ce dû? Bon, on ne met pas sur la table les raisons; on demande aux gens du réseau de se pencher sur ça pour expliquer ces écarts de coûts — il y a la façon de calculer les coûts, il y a la façon d'organiser les services — et comment pourrait-on réduire les coûts dans ces domaines-là. Certains peuvent avancer l'hypothèse d'une privatisation de services au niveau de l'hôtellerie, au niveau de la buanderie ou de l'entretien ménager, mais il faudra qu'on prouve que c'est à de meilleur coût avec les mêmes services. C'est loin d'être la chose, quand on compare, surtout au niveau des services d'hôtellerie.

Donc, pour répondre de façon plus précise à votre question, c'est qu'il n'y a pas, a priori, d'orientation de privatisation de services qui a été donnée dans toutes ces analyses-là, mais il y a une demande d'expliquer ces écarts de coûts et de trouver des voies de solution pour les diminuer.

La Présidente (Mme Cardinal): M. le député de Viau, une question sur le même sujet, par rapport au même sujet?

M. Cusano: Merci. Oui, sur le même sujet qui a été abordé par la députée. Premièrement, lorsqu'on parle de qualité-performance, je pense qu'il faut établir une chose. On n'est pas en train de parler de l'acte médical tel quel. Ce n'est pas le ministère qui va arriver, puis dire à un médecin spécialiste traitant ou à qui que ce soit que l'intervention, au lieu de prendre deux heures, elle devrait prendre une heure. Ce n'est pas ça, on ne parle pas de ça lorsqu'on parle de qualité-performance. Comme la ministre vient de l'expliquer, on parle particulièrement des services périphériques. Et, lorsqu'on regarde au niveau des rapports qui sont fournis dans nos centres hospitaliers et qu'on remarque qu'il y a une différence entre un centre hospitalier où les trois repas par jour coûtent 19 \$ et un autre centre hospitalier où ils vont coûter 30 \$, je suis d'accord avec la ministre que

ce n'est pas nécessairement par la privatisation de ces services qu'on va arriver à un coût moindre.

Est-ce que la ministre pourrait nous dire c'est quoi qui serait envisagé, en gardant le personnel qui est en place, quelles mesures ont été prises ailleurs, dernièrement, comme en Ontario, pour, justement, s'assurer que le service d'hôtellerie, en ce qui concerne particulièrement les repas... Quelles sont les mesures qui ont été prises?

Mme Robillard: À date, nous sommes à travailler avec les gens des régies et des établissements sur toute cette question de l'alimentation. J'expliquais tantôt qu'on avait des écarts de coûts. Dans le domaine de l'alimentation, Mme la Présidente, le député a tout à fait raison de soulever cette question parce que nos écarts de coûts, présentement, ça varie de 12 \$ à 30 \$ par jour par repas. Alors, qu'est-ce qui fait qu'on a 12 \$ dans un cas et qu'on a 30 \$ dans l'autre?

Alors, dans le fond, à date, on a franchi certaines étapes pour cueillir vraiment toute cette information-là et bien analyser les données financières comme telles. On a formé un comité technique avec les établissements et les régies. On est en train de regarder tout le potentiel de rationalisation dans ce domaine-là et de voir les avenues de rationalisation, c'est quoi. Certains parlent de privatisation, mais on peut parler de regroupement. On peut parler d'un autre mode de production. Bon, il y a différentes avenues et, donc, à date, on est rendus à cette étape-là. Mais il y a encore des travaux à faire pour compléter le bilan de la situation actuelle et identifier les pistes de solution, et ce, on le fait en collaboration avec les gens du réseau.

La Présidente (Mme Cardinal): Est-ce que je pourrais vous demander... Compte tenu que la commission a débuté ses travaux avec huit minutes de retard, est-ce que la commission donne son consentement pour poursuivre et reprendre les huit minutes?

M. Trudel: Ah! Vous êtes d'une générosité, Mme la Présidente, inconsiderée.

La Présidente (Mme Cardinal): Je suis d'une générosité, c'est naturel. Alors, s'il y a consentement pour reprendre les huit minutes, on finirait à 18 h 8.

M. Trudel: Très bien.

La Présidente (Mme Cardinal): Est-ce que vous êtes tous d'accord? Merci. Alors, vous pouvez poursuivre.

M. Trudel: Toujours au niveau du «Défi qualité-performance», sur les chiffres, la 198, 40 000 000 \$, est-ce qu'on doit comprendre, dans les chiffres présentés, que la compression est à 204 000 000 \$, à retrouver dans le réseau, et que s'ajoutent par-dessus ça 40 000 000 \$, avec l'équivalent de 1000 postes? Bon, je

ne reviens pas sur la définition, on aura l'occasion d'y revenir dans un autre contexte.

Mme Robillard: Alors, Mme la Présidente, on est en train de me chercher les données plus précises, mais je veux vous dire que le plan de compression de la 198 est intégré à l'intérieur du «Défi qualité-performance». Donc, ce n'est pas un ajout qui est fait à la demande d'effort du réseau de frein à la croissance; on a intégré, à l'intérieur de ça, l'impact potentiel sur les effectifs. Et, pour être plus clairs sur comment on a calculé que l'impact, ce serait 1000 postes équivalents temps complet, c'est que notre cible budgétaire qui est applicable au réseau est de 195 900 000 \$. De cela, on enlève la réallocation qui est de 25 000 000 \$. Donc, l'effort est de 170 900 000 \$. On regarde les crédits additionnels aussi qui sont mis au niveau du réseau, en regard du coût de système de santé, du développement suite à des projets d'immobilisation et d'autres développements, et on regarde aussi les mesures de rationalisation qui n'ont pas d'impact sur les effectifs.

Et, à titre d'exemple, je donnerais les achats en commun. Alors, si on va chercher une économie de coût à partir des achats en commun, il n'y a pas d'impact sur les effectifs. Donc, on arrive à un montant de 56 200 000 \$ comme rationalisation qui aurait un impact sur la réduction nette d'effectifs et, quand on convertit à partir du salaire moyen, on arrive donc à 1000 personnes équivalents temps complet sous forme d'heures rémunérées. Mais c'est complètement intégré à la démarche de «Défi qualité-performance».

M. Trudel: Par rapport au raisonnement de tantôt sur les 750 000 000 \$ recherchés sur trois ans, avec 198 comprise, ça voudrait dire que, l'an prochain et l'autre année suivante, on va aller en chercher davantage, puisqu'il y a, quelque part, 46 000 000 \$ de différence quant à l'objectif pour l'année pour la réalisation du plan de compressions. Alors, supposons qu'on atteigne les objectifs de 204 000 000 \$, avec la 198, il faudra en arriver à comprimer davantage pour les années à venir. (18 heures)

Et, Mme la ministre, pourriez-vous aussi nous donner l'explication... À la page 39 des notes complémentaires, sur le tableau de la répartition des mesures de réduction de dépenses 1994-1995 pour l'ensemble du gouvernement, l'avant-dernière colonne, c'est la répartition des réductions de dépenses pour 1994-1995. Que signifient les 99 000 000 \$ d'effet additionnel de la non-indexation de juillet 1993? Il y a 99 000 000 \$ de compression dans le système liée à la loi 102 et on l'indique comme étant un effet additionnel de la non-indexation des 157 000 000 \$, si ma mémoire est fidèle, de l'an passé au niveau de l'application pour l'année 1994.

Mme Robillard: Mme la Présidente, je vais demander au sous-ministre adjoint au budget et à l'administration, M. Roy, d'apporter la réponse.

M. Roy (Pierre): Mme la Présidente, ce ne sont pas des chiffres qui émanent du ministère de la Santé et des Services sociaux, alors...

M. Trudel: Ça ne compte pas? Ha, ha, ha!

M. Roy (Pierre): J'imagine que le Conseil du trésor pourrait vous fournir la réponse, mais la réponse que je vais vous donner, c'est l'impact, en 1994-1995, de la non-indexation de juillet 1993. Alors, s'il y avait eu indexation en juillet 1993, elle aurait coûté, en 1994-1995, 99 000 000 \$ dans le réseau de la santé et des services sociaux. De la même façon que la ligne d'après indique que, s'il y avait eu indexation en juillet 1994, elle aurait représenté 140 000 000 \$ dans le réseau de la santé et des services sociaux.

M. Trudel: Alors, c'est la partie pour les mois couverts par 1994-1995? Oui, c'est ça? 99 000 000 \$.

M. Roy (Pierre): C'est-à-dire que, dans le cas de juillet 1993, évidemment, c'est toute l'année 1994-1995 qui est visée. Dans le cas de juillet 1994, c'est, évidemment, juste neuf mois de 1994-1995 qui sont visés.

M. Trudel: Mais vous ne les accumulez pas, là, c'est-à-dire vous ne les traînez pas comme dépenses en disant: On l'a compressé, en quelque sorte, de 99 000 000 \$, puis on le traîne l'année deux de l'application de la compression? Vous ne traînez pas les 99 000 000 \$, là?

M. Roy (Pierre): Non. Ce qui se trouve à être dit, c'est que, s'il y avait eu indexation en juillet 1993, il en aurait coûté 99 000 000 \$ en 1994-1995 pour payer les coûts de cette indexation. Il en aurait coûté un montant que je ne connais pas pour l'exercice 1993-1994 en soi, mais, en 1994-1995, il en aurait coûté 99 000 000 \$.

M. Trudel: Ce n'est pas une compression directe?

Mme Robillard: Bien non, c'est l'impact du gel des salaires. C'est l'impact du gel des salaires, ça ne s'ajoute pas cette année, là.

M. Trudel: Oh! Ça dépend du point de vue où on parle, Mme la ministre. Les salariés, ils l'ont vu que c'était une compression directe, eux autres.

Mme Robillard: Oui, oui...

M. Trudel: Ils l'ont vu dans leurs poches.

Mme Robillard: ...mais elle n'est pas reconduite cette année, c'est ce que je veux dire.

M. Trudel: Toujours au niveau du défi performance...

Mme Robillard: Qualité-performance.

M. Trudel: ...Esso performance, du «Défi qualité-performance», est-ce qu'il y a eu des scénarios qui ont été faits au ministère disant, toujours à partir du paramètre généralement admis, y compris par le ministère, que, pour rencontrer les besoins, c'est IPC+3%, quels pourraient être les effets sur les listes d'attente, sur leur longueur et sur la durée d'attente dans la santé et les services sociaux? J'imagine qu'on a dû faire un certain nombre de simulations pour en arriver à cibler cela. Et quels sont les résultats obtenus par ces simulations, si tant est qu'elles existent?

Mme Robillard: Alors, Mme la Présidente, vous comprendrez bien que, étant donné que la prémisse de base, c'est de ne pas couper le niveau ou la qualité des services, il n'y a aucun scénario qui est sur la table présentement pour nous dire que, en appliquant le «Défi qualité-performance», on va augmenter les listes d'attente. À l'inverse, si on trouve des nouvelles façons de faire qui sont des alternatives, par exemple, par rapport à l'hospitalisation, peut-être que ce sera la réaction inverse, l'impact inverse et qu'on aura peut-être même des diminutions. Mais on n'a pas fait ce genre de scénario là parce qu'on a ciblé les 750 000 000 \$ dans des services qui ne sont pas, de façon directe, des atteintes à ce que les gens doivent recevoir.

Donc, quand je regarde tous les travaux exploratoires, présentement, qui nous laissent croire, sérieusement, qu'on peut atteindre cet objectif-là sans toucher aux services, c'est que, Mme la Présidente, on a regardé non seulement les services alimentaires, de buanderie et d'entretien ménager dont je parlais tout à l'heure, mais on a regardé les services supports, on a regardé les services d'administration générale, les services de communication dont sont dotés tous nos établissements, les services de laboratoire où, là aussi, on devrait regarder ce qui se passe de façon plus claire, la gestion comme telle dans les établissements et j'irais jusqu'à dire la pratique professionnelle.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, Mme la ministre. Compte tenu de l'heure, je suspends les travaux jusqu'à 20 heures précises. Merci de votre collaboration.

(Suspension de la séance à 18 h 6)

(Reprise à 20 h 1)

La Présidente (Mme Cardinal): S'il vous plaît, messieurs dames, si vous voulez prendre place. Bonsoir, madame, bonsoir, messieurs. Alors, la commission reprend ses travaux. Alors, nous en sommes toujours au programme 1, Services des centres locaux de services communautaires. Alors, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Et les crédits généraux que nous n'avions pas terminés, Mme la Présidente, y incluant l'élément 1, bien sûr, des CLSC, comme vous l'avez si bien dit il y a quelques secondes.

M. Cusano: M. le député, vous allez poser des questions sur?

M. Trudel: C'est-à-dire la présentation générale des crédits de Santé et Services sociaux.

M. Cusano: Ah bon! Vous ne voulez pas aborder l'élément 1, c'est ça?

M. Trudel: Oui, oui, mais c'est que, avant 1 et incluant 1, il y a une présentation générale des crédits, à la page...

M. Cusano: Il nous reste combien de temps, Mme la Présidente, sur ça?

La Présidente (Mme Cardinal): Jusqu'à 22 heures, là. Ah, vous voulez dire pour le programme 1?

M. Trudel: Bien, c'est qu'on ne l'a jamais calculé comme ça.

M. Cusano: Ah bon.

M. Trudel: C'est-à-dire qu'on fait nos heures, on fait notre questionnement et...

Mme Robillard: En n'oubliant pas le programme 7.

M. Trudel: En n'oubliant pas le programme 7 de la recherche, voilà, avant 22 heures.

Mme Robillard: Parfait.

M. Trudel: Tout à fait.

La Présidente (Mme Cardinal): Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Je pense que j'ai juste eu la réponse à ma question avant de la demander. Est-ce que nous allons embarquer sur le programme 7 ce soir?

Une voix: Oui.

M. Williams: O.K. Merci beaucoup.

Développement des laboratoires privés au Québec

M. Trudel: Mme la Présidente, en termes de crédits généraux, nous avons donc demandé quelques

questions et obtenu des réponses autour de toute la question du «Défi qualité-performance» et de l'objectif de 750 000 000 \$ à atteindre comme compression dans le système au cours des trois prochaines années.

Il est, à l'intérieur de cette compression dans le système, un sujet particulièrement épineux avec lequel on a à travailler, en particulier dans le réseau hospitalier, c'est toute la question des laboratoires. Si vous voulez, j'aimerais qu'on l'aborde un peu, cette question des laboratoires, parce que cela constitue... Je comprends qu'on aurait pu l'aborder au chapitre des centres hospitaliers de courte durée, mais ça peut déborder cela et ça risque d'influer sur l'ensemble de la réalisation du défi performance.

Mme la ministre — donc, nous pourrions prendre cela comme point de repère — vous avez reçu un rapport, le rapport Phaneuf. C'est un rapport que vous aviez commandé ou, enfin, que le ministère avait commandé sur l'état et la situation des laboratoires d'analyse au Québec. En gros, dans ce rapport, Mme la Présidente, il est non seulement fait état d'un certain nombre de problèmes sérieux qui sont vécus dans les laboratoires, soit en termes de listes d'attente ou de quantité de travail qu'on peut y réaliser, mais, surtout, il y a une description, je dirais, d'un phénomène qui émerge rapidement au Québec, c'est l'apparition de toute une série de laboratoires privés. La situation fait en sorte, donc, qu'il y a des entreprises qui sont en train de développer un segment de marché qui est celui de l'analyse des échantillons, des tests diagnostiques à travers le Québec. On pourrait questionner l'ampleur du phénomène et également toute la question de ceux qui opèrent avec ou sans permis. Si vous voulez, la question des permis, je laisserai ça un petit peu de côté pour y revenir plus tard.

Je veux, d'abord, m'attacher au phénomène de l'existence de l'émergence et du fait que, dans ce secteur diagnostique en particulier — c'est particulièrement illustratif — il semble, Mme la ministre, qu'il est en train de se développer des services à deux vitesses en matière d'analyse de tests sanguins au Québec, de tests tout court, devrions-nous dire, de tests diagnostiques. C'est-à-dire que, si la recommandation de votre médecin traitant, c'est d'aller subir des tests, évidemment des tests de laboratoire, vous avez le canal normal qui est celui du laboratoire de l'hôpital, du rendez-vous, de la prise du test, de l'analyse et du résultat qui est communiqué à votre médecin.

La situation des laboratoires fait en sorte qu'on a développé une pratique, qui est quasiment généralisée, où le professionnel de la santé, toujours pour le bien de son usager, de son patient, de la personne, évidemment, va dire: Bien, écoutez, ou vous allez dans le système public ou vous pouvez aller dans le système privé, parce que ça existe à travers le Québec. Et là, vous avez à déboursier de votre poche pour avoir accès à ces services-là, mais vous avez du service dans 12 heures, 24 heures, 48 heures. Qui plus est, il nous a été révélé par des médias d'information que des laboratoires privés avaient signé des contrats avec des centres hospitaliers

pour faire en sorte de produire des résultats pour ces laboratoires dans des délais de 24 heures, les hôpitaux en profitant pour se sucrer le bec au passage et retirer une certaine somme d'argent leur permettant, avec la meilleure des intentions du monde, j'imagine, de développer d'autres services, compte tenu des restrictions auxquelles ils sont astreints, pour la population qu'ils ont à servir.

Alors, Mme la ministre, quand allez-vous adopter une politique de développement et de consolidation de nos laboratoires publics dans nos établissements? Et quand allez-vous statuer sur la question du développement des laboratoires privés au Québec et de tout le phénomène que je viens de décrire qui nous entraîne rapidement sur la piste d'un système à deux vitesses suivant lequel, si on a les moyens de se payer des services, on va au privé et, si on n'a pas les moyens, si on fait partie de la classe moyenne ou inférieure, bien, on se met dans la liste d'attente et on attend 48 jours à Montréal, 40 jours à Trois-Rivières, 25 jours au Saguenay—Lac-Saint-Jean, etc.? Quand allez-vous statuer sur la question des laboratoires publics, d'abord, et des laboratoires privés, de ce fait, au Québec?

Mme Robillard: D'abord, Mme la Présidente, il faut dire que la problématique des laboratoires, qu'ils soient publics ou privés, elle est grande et elle est complexe, et elle est à plusieurs volets. Il faut vous dire que, présentement, le fonctionnement des laboratoires cliniques au Québec nous coûte 450 000 000 \$ — c'est beaucoup d'argent, c'est presque 500 000 000 \$ — et que, malgré ces montants d'argent, on le sait et le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue vient de nous en parler, il y a toujours des problèmes d'engorgement au niveau des laboratoires publics. Alors, on a un montant important qui est investi. Par ailleurs, on a toujours des problèmes d'engorgement.

(20 h 10)

D'un autre côté, nous avons des études, présentement, qui nous démontrent que de 20 % à 30 % des tests de laboratoire sont inutiles ou inutilisés. Alors, vous voyez un peu la situation, là: 450 000 000 \$ que ça nous coûte, les services sont engorgés, mais, par ailleurs, on a des études qui nous démontrent que de 20 % à 30 % des tests sont inutiles ou inutilisés. Alors, toute l'efficacité, l'efficience de ces laboratoires-là est remise en question, est sur la table. À cela s'ajoute, je dirais, la problématique du mode de rémunération des médecins au sein des laboratoires. À cela s'ajoute toute la question des laboratoires privés dont on vient de faire état, dans le fond, le processus et le coût de vente des services aux laboratoires privés faits par nos hôpitaux publics, entre guillemets.

Donc, étant donné les problématiques présentées, Mme la Présidente, j'ai décidé d'agir à court terme, surtout sur la question des laboratoires privés, et le ministère a émis une circulaire en la matière, en date du 30 mars 1994, pour bien donner les directives dans le réseau concernant les laboratoires privés. C'est ce que

nous avons fait à court terme, mais à moyen terme, étant donné la problématique, nous avons un plan d'action ministériel sur lequel je devrais être en mesure de statuer dans le courant du mois de mai. Le document a été en préparation. Il a été en consultation dans le réseau. Il est sujet à révision présentement, et ça nous permettra d'avoir un plan d'action d'ici quelques semaines. Et, à cela, j'ajouterais que peut-être à cette période-là nous aurons aussi les rapports des enquêtes qui sont faites par la RAMQ présentement, la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

La Présidente (Mme Cardinal): Est-ce qu'on peut permettre à M. le député de Viau de poser une question, d'intervenir?

M. Trudel: Oui, oui.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, monsieur.

M. Cusano: Justement, pour donner suite à la question du député, vous parlez des directives que vous avez émises. Est-ce qu'on pourrait connaître la teneur des directives, Mme la ministre?

Mme Robillard: Oui, Mme la Présidente, et, si les membres de la commission le désirent, je pourrais même les déposer pour les membres de la commission. Le premier point précise de façon très claire, outre les responsabilités qui sont rappelées aux hôpitaux, que, pour exercer des activités de laboratoire au Québec, un organisme privé doit détenir un permis — attendez un petit peu — en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique. Donc, par conséquent, les établissements ne peuvent fournir des services de biologie médicale à des laboratoires qui ne se conforment pas à cette loi. C'est déjà une bonne partie du problème qui s'élimine.

Deuxièmement, la signature d'un contrat de services de laboratoire de biologie médicale doit être autorisée par résolution du conseil d'administration de l'hôpital. On a noté que ce n'était pas toujours le cas en tant que tel. Le contrat devrait avoir une durée annuelle et devrait nécessairement comporter une clause qui permet à l'établissement d'y mettre fin si lui-même s'aperçoit que ça nuit à la prestation de ses propres services dans son laboratoire. Troisièmement, une indication sur les tarifs facturés aussi par les établissements qui devront, au minimum, viser à récupérer l'ensemble des coûts réels, directs et indirects.

En plus, quatrièmement, les unités techniques et les tests effectués ne doivent pas être inclus dans la charge de travail utilisée par les médecins pour réclamer des honoraires à la Régie de l'assurance-maladie, et le médecin spécialiste qui supervise ces tests, c'est à lui de négocier, au besoin, sa rémunération avec l'organisme privé. Et, cinquièmement, on rappelle aux établissements, aussi, que ces activités sont soumises au mandat du vérificateur externe de l'établissement.

Alors, on précisait aussi, dans un des éléments que j'ai omis de vous dire, Mme la Présidente, au niveau du conseil d'administration, de surveiller les risques de conflits d'intérêts avec des professionnels de l'établissement. Étant donné que c'est le conseil qui doit entériner les contrats, on leur a rappelé cette responsabilité-là. Alors, cette directive a été acheminée dans l'ensemble des établissements le 30 mars de cette année.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, madame.

M. Trudel: La directive fixe des objectifs de résultat. Il me semble avoir entendu ça, d'entrée de jeu. Est-ce que ça fixe des objectifs de résultat en termes de jours pour la dispensation des services? Parce que vous disiez, d'entrée de jeu des crédits, que tout investissement, toute politique, tout élément nouveau qui apparaît dans le système de santé et de services sociaux, vous alliez le gérer, dorénavant, avec des objectifs de résultat.

Alors, vous avez vu les délais. Je comprends que donner des directives aux établissements de ne pas contracter avec des firmes privées qui n'ont pas de permis, bon, ça règle une partie de la question de surveiller les conflits d'intérêts entre les professionnels qui sont à la fois dispensateurs de services et actionnaires d'entreprises qui offrent de tels types de services. Ça règle, oui, ça donne des balises pour régler un certain nombre de problèmes, mais est-ce que la politique ou les gestes que vous allez poser en faveur des laboratoires publics vont vous amener à avoir des délais qui soient raisonnables en termes de production des résultats pour les personnes, pour les citoyens?

Mme Robillard: Eh bien, Mme la Présidente, cette question s'adresse plutôt au plan d'action à moyen terme. La circulaire visait à régler la problématique que nous avions avec les laboratoires privés; c'est pourquoi nous avons émis cette circulaire-là. Quant au plan d'action à moyen terme, qui va justement viser à regarder l'engorgement de ces services-là, on va le regarder par rapport aussi au fait que des études nous démontrent que 20 % à 30 % — c'est énorme — des tests sont inutiles ou inutilisés, les deux. Inutilisé, c'est le test de laboratoire dont le résultat arrive le lendemain que le patient a reçu son congé de l'hôpital.

M. Trudel: Ou bien qu'il est décédé. Le lendemain de son décès, non?

Mme Robillard: Non, mais, si, de fait, on valide ces chiffres-là, si, de fait, c'est 20 % à 30 % et qu'on révisé la pratique en conséquence, le problème de l'engorgement des ressources va diminuer d'autant et, donc, les délais d'attente. Alors, c'est pour ça que je vous dis qu'il faut le regarder dans l'ensemble de ses différentes facettes.

M. Trudel: Oui, évidemment, parce que cela étant tellement à la base — ça va de soi, par

définition — du diagnostic, le test, il faut viser une performance élevée en termes de résultats. Parce qu'on vient d'hypothéquer tout le processus dès lors qu'on a des délais qui ne sont pas soutenables et qui probablement nous entraînent d'autres coûts, si on n'a pas des délais raisonnables ou les délais normaux généralement observés en pareille pratique dans le réseau.

(20 h 20)

Alors, c'est pour ça que les directives que vous émettez eu égard à la pratique des établissements avec les laboratoires privés, soit, ça va fixer des balises, mais il faut espérer que, très rapidement, on puisse également fixer des objectifs de performance, de résultat à obtenir à l'intérieur du système et qu'on puisse à cet égard demander aux établissements ou, encore, si tant est que le besoin était là, fournir les instruments, les moyens nécessaires aux établissements pour parvenir à obtenir ces résultats. Parce que, actuellement, on va convenir que c'est un résultat assez désastreux en termes de délais d'attente pour les personnes, y compris, j'en conviens aussi, oui, ce taux de 25 % à 30 %. C'est Phaneuf qui nous dit ça, 25 % à 30 %? D'où vient le diagnostic?

Mme Robillard: Des études. Ce n'est pas nécessairement le Dr Phaneuf, là.

M. Trudel: Pourriez-vous préciser les études? De quelles études s'agit-il?

M. Gagnon (Reynald): Il y avait une étude des biochimistes...

Mme Robillard: Mme la Présidente, c'est le...

La Présidente (Mme Cardinal): Oui. Si vous voulez vous identifier, pour les...

Mme Robillard: ...sous-ministre aux programmes, M. Gagnon.

La Présidente (Mme Cardinal): M. Gagnon.

M. Gagnon (Reynald): Oui, c'est ça. Alors, il y avait une étude qui nous avait été soumise par les biochimistes non médicaux, entre autres. Il y en a quelques autres que je n'ai pas en mémoire, mais je pourrais vous fournir les...

M. Trudel: Mais, entre autres, celle des biochimistes non médicaux, là, donne ces chiffres-là. Effectivement, il faut aller au fond de cette question-là, parce que, quand on est à une hauteur de 450 000 000 \$ de dépenses, avec des délais inacceptables, puis que 30 % sont soit des tests déphasés, des tests inutilisables ou inutilisés, bien, là, ça presse qu'on examine à fond le système et qu'on amène les redressements nécessaires, compte tenu du fric qui est en question. Voilà, quant à moi, pour la question des laboratoires.

Mme Robillard: Alors, je viens de comprendre que M. le député de l'Opposition va entériner au moins un des éléments du «Défi qualité-performance».

M. Trudel: Au moins cette partie-là, en attendant de voir les résultats et les échéanciers.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Je n'ai pas vu ça encore. Moi, je vais calculer ça en termes de jours, Mme la ministre.

Utilisation par la CSST des lits fermés dans les hôpitaux

Mme la ministre, j'aimerais aussi toucher, à l'intérieur du défi performance, à la situation générale dans la santé et les services sociaux reliée à la question des lits fermés, disponibles ou vacants dans le système hospitalier. Il est apparu, au cours des dernières semaines, une proposition sur la table de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Devant les délais pour traiter les personnes issues de la CSST, compte tenu des diagnostics auxquels sont soumises ces personnes-là, la CSST a dit: Notre monde n'est pas assez rapidement traité, pris en charge par le système hospitalier de courte durée. Comme il y a un grand nombre de lits fermés, non disponibles, non déployés dans le réseau de la santé et des services sociaux, et que, nous, ça nous coûte du fric pour ces personnes qui sont en attente et pour lesquelles nous payons des prestations, alors, nous serions prêts à payer le système de la santé et des services sociaux pour utiliser ces lits qui sont non utilisés, qui sont fermés. Est-ce qu'il y a eu, d'abord, une analyse qui a été faite à la Santé et aux Services sociaux sur la possibilité d'utiliser les quelque 1000 lits qui seraient disponibles dans le réseau de la santé et des services sociaux, et qui sont inutilisés, actuellement, par la CSST, et de dire: On loue des lits en commandite?

Mme Robillard: Mme la Présidente, il y a eu beaucoup de discussions avec les professionnels de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, de même que les professionnels du ministère. À certaines périodes de l'année, il y a eu même des opérations, justement, pour essayer de diminuer les listes d'attente au niveau de la CSST, mais disons que ce sont des opérations qu'on mène toujours avec beaucoup de prudence. Parce que qu'est-ce qui justifie le fait qu'une personne qui est bénéficiaire de la santé et de la sécurité au travail devrait, sur une liste d'attente, passer en avant d'une personne qui est en attente aussi pour une opération pour un cancer? Vous voyez un peu toute la notion d'équité par rapport au malade qui est en attente d'une intervention.

Alors, il faut toujours y aller avec prudence quand on aborde ces questions-là, bien qu'on soit très conscients que, dans le réseau de la santé et sécurité au

travail, il devient important, surtout quand il y a des activités de réadaptation à avoir pour une personne, que la réadaptation ait lieu immédiatement, suite à un accident; les chances, à ce moment-là, que la personne recouvre plus rapidement et, donc, retourne sur le marché de l'emploi sont meilleures. Alors, c'est toujours dans ce sens-là qu'on a travaillé avec la CSST.

M. Trudel: Et est-ce que ça se poursuit, les discussions avec la Commission en vue d'une entente, ou d'une façon de faire ou d'en arriver à, je dirais, rendre disponibles un certain nombre de lits, puisque ces lits ne servent pas actuellement compte tenu des restrictions?

Mme Robillard: Alors, on m'informe, Mme la Présidente, là, que c'est en discussion présentement avec le personnel de mon ministère.

M. Trudel: Et est-ce que le personnel de votre ministère prévoit aboutir assez bientôt avec ces discussions?

Mme Robillard: Je n'ai pas de recommandation encore qui est montée à mon bureau, là. J'imagine que ça ne saurait tarder.

M. Trudel: On va peut-être avoir le secret du caramel dans la Caramilk, là, bon. Parce qu'il y a, donc, un certain nombre de lits qui sont disponibles et, si ces installations sont déjà sur place et qu'un organisme gouvernemental, toujours pour réduire la quantité de prestations versées, peut les utiliser, j'imagine que soit il devienne commanditaire du système en général ou d'un certain nombre de lits, pour en arriver à les utiliser complètement. Parce que ça, ça me semble être le même type de raisonnement, à peu près, qu'avec les services auxiliaires que vous avez mentionnés avant l'ajournement du lunch, c'est-à-dire les coûts unitaires pour certains services, par exemple, sont beaucoup plus élevés dans certains établissements que par rapport à d'autres. Vous avez dit: J'ai demandé des explications.

Alors, on doit d'abord aller vers l'utilisation maximale de nos installations publiques, j'imagine, avant qu'on aille du côté du privé, c'est le moins que l'on puisse dire. En pareil cas, ici, puisque ces installations-là existent et qu'il y a des frais qui sont reliés de la part d'un autre organisme, pourquoi on n'utiliserait pas cela pour en arriver à réduire des coûts globaux au niveau de la santé, dans ce cas-ci la santé des travailleurs? Alors, vous dites que, d'ici quelques mois, quelques semaines, on aboutira à un résultat?

Mme Robillard: Oui, d'ici quelques semaines. L'an dernier, on avait procédé à une telle opération avec les gens de la CSST et, cette année, encore une fois, on est en train d'examiner les possibilités d'une autre opération.

M. Trudel: Très bien. On va suivre ça avec grand intérêt et nous allons attendre la fin de la cogitation de votre personnel. Aussitôt que ça vous passera entre les mains, je suis sûr que vous allez rendre ça public pour qu'on puisse en discuter largement.

Décroissance des transferts fédéraux pour les programmes établis

Mme la ministre, quand on est à l'intérieur des paramètres financiers que nous avons évoqués en termes de présentation des crédits, il y a, bien sûr, un certain nombre de chapitres de dépenses, mais il y a aussi un certain nombre de chapitres quant aux revenus. Et j'aimerais, pendant quelques minutes, traiter de toute la question du rôle du gouvernement fédéral en matière de santé et de services sociaux, en termes de revenus et en termes de présence du gouvernement fédéral dans nos activités de santé et de services sociaux au Québec.

Est-ce que, Mme la ministre, au niveau des revenus, l'on peut confirmer, au ministère, que la vitesse de décroissance des transferts fédéraux au titre du financement des programmes établis continue d'être la vitesse qui nous avait été présentée par le ministre des Finances au mois de mai 1992? Le ministre des Finances d'alors, M. Levesque, nous avait présenté ce que ça signifiait, et c'était aussi reflété dans le... Pardon, c'est au budget de 1991. La diminution de ces transferts était aussi illustrée dans le document sur le financement de notre système de santé, là, de février 1992, c'est-à-dire que le document avait été publié en décembre 1991, mais, en février 1992, nous avons eu l'occasion d'en discuter.

(20 h 30)

Est-ce que le rythme, donc, de décroissance des revenus du gouvernement fédéral au titre du financement des programmes établis dans le domaine de la santé, ça continue de suivre le rythme qui avait été présenté, c'est-à-dire une diminution entre 200 000 000 \$ et 400 000 000 \$ par année qui ne nous arrivent plus du gouvernement fédéral?

Mme Robillard: Mme la Présidente, les transferts fédéraux au titre de la santé, à l'heure actuelle, sont toujours gelés. Ils ne sont pas en diminution; ils sont gelés. D'ailleurs, à la page 487 des demandes particulières de l'Opposition, vous allez voir l'évolution depuis 1984-1985. Alors, on a là, vous le voyez, le chiffre total au niveau des transferts fédéraux et, quand on le regarde en pourcentage sur les dépenses totales en matière de santé, le pourcentage se maintient depuis 1991-1992. En somme, le pourcentage des transferts fédéraux sur les dépenses totales, ça représentait, en 1991-1992, 34,4 %; en 1992-1993, 34 %. C'est gelé, hein.

M. Trudel: C'est gelé au niveau de 1987.

Mme Robillard: De 1987?

M. Trudel: De 1988, les dernières entrées?

Mme Robillard: De 1989, me dit-on.

M. Trudel: De 1989.

(Consultation)

M. Trudel: En somme, le manque à gagner... À la page 40 du document «Un financement équitable à la mesure de nos moyens» présenté par le ministère, en 1992, on nous indiquait une décroissance du financement des programmes établis pour une valeur d'à peu près 200 000 000 \$ par année et que, pour la seule année financière 1991-1992, cela représentait un manque à gagner de 1 700 000 000 \$. Là, c'est qu'on l'établissait, cette décroissance-là, à partir de l'année 1982. Alors, c'est ce rythme-là qui continue de se maintenir, puisque ça n'a pas été renégocié.

Mme Robillard: Alors, Mme la Présidente, je demanderais au sous-ministre adjoint à l'administration, M. Roy, d'apporter des réponses au député.

La Présidente (Mme Cardinal): M. Roy.

M. Roy (Pierre): Mme la Présidente, un élément qu'il faut considérer quand on parle du manque à gagner, c'est que le manque à gagner résulte de la différence entre le gel du transfert par habitant et la croissance du PNB. Or, comme la croissance du PNB dans les deux dernières années n'a pas été particulièrement élevée, il en découle que le manque à gagner est relativement moins important que ce qui avait été anticipé en 1992.

M. Trudel: Est-ce que vous l'avez, le résultat du manque à gagner? Il s'élève à combien? Puisque vous dites que ça a été moins grand, là, il s'élèverait à combien?

M. Roy (Pierre): Le manque à gagner en 1993-1994, par rapport aux coupures effectuées depuis 1982, totalise 1 800 000 000 \$, tel que Mme la ministre l'avait présenté en Chambre la semaine dernière, si je ne m'abuse.

M. Trudel: Donc, une centaine de millions de diminution des paiements de transfert par rapport à 200 000 000 \$ calculés par la ministre des Finances au cours de l'année 1991-1992, compte tenu du jeu du produit intérieur brut. Dans les renseignements complémentaires que vous nous présentez à la page 487, c'est en dollars courants que les résultats nous sont présentés, hein? C'est parce que vous nous présentez un tableau, à la page 487 des renseignements complémentaires, qui nous indique le niveau des transferts.

M. Roy (Pierre): Oui, oui, c'est en dollars courants.

M. Trudel: Alors, c'est en dollars constants. Alors, il faudrait, pour avoir le résultat, «déflationner» ces dollars-là.

Mme Robillard: C'est en dollars courants.

M. Trudel: Courants, pardon, en dollars courants. Il faudrait les «déflationner» si on voulait avoir un comparatif juste du niveau des transferts, comment ça se présente. En tout cas, on fera les calculs, mais on arriverait, en plus des 100 000 000 \$, probablement à cette somme de 200 000 000 \$. C'est parce que, comme la ministre le disait d'ailleurs, si ma mémoire est fidèle, dans le débat en Chambre, il y a une quinzaine...

Mme Robillard: Sur la motion.

M. Trudel: ...sur la motion que nous avons présentée, oui, effectivement — et je ne parle pas de la question du financement ou du sous-financement du système — la baisse des paiements de transfert du gouvernement fédéral nous cause une problématique importante en matière de santé et de services sociaux. C'est-à-dire que les compressions que nous sommes obligés de nous imposer en matière de santé et de services sociaux, en termes de revenus globaux par rapport à la croissance des revenus du Québec, sont dues, dans, je dirais, une partie importante, au fait que, compte tenu de l'évolution de notre PIB, il y a une baisse relativement importante au titre des paiements de transfert pour le financement des programmes établis.

Défense de la position traditionnelle du Québec auprès du fédéral

Alors, à cet égard-là, Mme la ministre, est-ce que vous avez l'intention, à l'éventuel forum national sur la santé, toujours proposé par le gouvernement fédéral, de revenir à la position traditionnelle du Québec et de réclamer, au minimum, les transferts de points d'impôt au Québec qui assurent sa pleine responsabilité constitutionnelle en matière de santé et de services sociaux, et d'arrêter cette question de laisser le gouvernement fédéral, puisque c'est lui qui décide au bout de la ligne..., de stopper cette façon de procéder par le financement des programmes établis, mais plutôt de nous remettre nos points d'impôt qui nous appartiennent, en termes de rendement, si bien que, si nous obtenions et si nous parvenions comme société québécoise à une croissance intéressante de notre PIB, à du développement, nous pourrions profiter du rendement que nous nous donnerions sur notre situation économique et non pas laisser les autres décider des valeurs, des priorités en termes de financement des programmes? Est-ce que vous avez l'intention de véhiculer cette position, de revenir à la position traditionnelle du Québec, position qu'avait adoptée déjà Jean Lesage, le 6 juin 1960, vis-à-vis le gouvernement fédéral, en particulier pour le financement des programmes de santé?

Mme Robillard: Si on se souvient bien, Mme la Présidente, lors de l'étude de la motion présentée par l'Opposition en Chambre dernièrement, il y a quelques semaines — c'était une motion qui parlait de sous-financement — je pense qu'on s'était un petit peu arrêtés au langage utilisé. J'avais essayé de démontrer, à ce moment-là, que ce n'était pas une question de sous-financement; c'était une question de problèmes de financement. Il est très clair que, par rapport au gel des transferts fédéraux concernant la santé, ça a un impact supplémentaire sur les finances publiques du Québec.

Il est certain que, étant donné que le fédéral veut toujours maintenir les principes, aussi, qu'il défend à l'intérieur de la loi canadienne sur la santé, il est de mon intention, comme je l'avais dit en Chambre lors de la motion, de dire à la ministre de la Santé fédérale que, quand on veut maintenir des principes, il faut être capable de les soutenir, aussi, financièrement et que, donc, à cet égard-là, les transferts fédéraux devraient, sinon rester les mêmes, augmenter par rapport à toutes les problématiques auxquelles nous faisons face au Québec. (20 h 40)

M. Trudel: Alors, ce n'est pas de votre intention de revenir à la position du Québec traditionnelle, de réclamer des transferts de points d'impôt? Avant qu'on les ait tous, nos impôts, là, vous pourriez en réclamer un bout, vous autres.

Mme Robillard: Sous quelque forme que ce soit, Mme la Présidente, ce qui est important, c'est de signifier au fédéral comment les transferts en matière de santé sont importants pour les finances publiques du Québec. Et ça, ça a toujours été la position du Québec et ça continuera de l'être dans l'avenir aussi.

M. Trudel: Est-ce que ça veut dire que, au niveau de la souplesse que vous recherchez, vous maintenez toujours la position émise dans le discours sur le budget, au mois de mai 1993, de réclamer des assouplissements sérieux, la révision de C-3 du gouvernement fédéral pour permettre la désassurance de services, l'imposition de tarifs ou d'autres mesures qui sont actuellement interdites par la loi fédérale sous peine de pénalité au niveau des paiements de transfert? C'était une intention clairement manifestée à la page 10 du discours du ministre des Finances. Est-ce que vous avez toujours l'intention, à ce forum ou ailleurs, de réclamer du gouvernement fédéral un assouplissement des règles de C-3 pour vous permettre, éventuellement, suivant vos choix, d'effectuer de la désassurance ou d'imposer des tarifs, ou de supprimer des éléments de couverture dans notre actuel régime de santé et de services sociaux, ou est-ce qu'il y a une modification à la position gouvernementale depuis peu?

Mme Robillard: Ce sera sûrement une question qui sera discutée lors de ce forum au plan national. On ne peut pas discuter de santé sans parler de financement du système de santé. Alors, je ne vois pas comment

toutes les provinces laisseraient, à ce moment-là, le soin au fédéral de ne pas aborder cette question-là. Je pense qu'à chaque fois qu'on a des rencontres fédérales-provinciales, mes collègues et moi, ministres de la Santé au plan provincial, nous rappelons au fédéral comment les transferts fédéraux ont une importance pour nous. Et toute la question du financement, à partir de la loi C-3, sera sûrement discutée lors d'un forum qui sera public et ouvert à la population.

Quant à nous, au Québec, l'orientation est très claire, et vous le voyez, pour les prochaines années: il n'est pas question de désassurance de services ou de tarifs supplémentaires. Il est question d'aller chercher une plus grande efficacité, une plus grande efficience dans nos services présentement — et c'est là qu'il y a des économies — avant de penser à quoi que ce soit du côté de la personne qui, elle-même, va chercher des services.

M. Trudel: Mais, mis à part, Mme la ministre, que, certainement, vous allez discuter un peu, oui, les ministres de la Santé, entre vous, là, que ce ne sera pas une séance de parole, parole, jase, jase, tapisse, peinture, là, ça va être quoi, la proposition du Québec, là? Est-ce que vous révisiez cette position de ne plus demander au gouvernement fédéral des assouplissements à la loi C-3? Est-ce que ça va être ça, la position du Québec? Vous êtes ministre de la Santé et des Services sociaux, vous êtes responsable de cette question au sein du gouvernement. Est-ce que la position de la ministre et du gouvernement, c'est de ne plus demander d'assouplissements ou de réviser la loi C-3 du gouvernement fédéral, tel que c'était mentionné dans le budget, à la page 10, du mois de mai 1993?

Mme Robillard: On va, d'abord, voir ce qui sera à l'ordre du jour. On va regarder les différents éléments. Vous savez que nous sommes en attente d'une proposition à ce forum au plan national sur la santé. Une proposition avait été déposée lors de la dernière rencontre fédérale-provinciale et c'est une proposition qui a été rejetée par la majorité des provinces, dont le Québec. Nous sommes en attente d'une proposition et on verra, à ce moment-là, comment le gouvernement actuel se positionnera.

M. Trudel: Donc, pour l'instant, le minimum de ce qu'on doit lire, c'est que la position de mai 1993 est au frigo; c'est congelé, la demande ou l'exigence que nous avions, là. Parce que, vous savez, Mme la ministre, on se méfie un peu des positions parce qu'il y a quelquefois des changements, hein? On a déjà vu ça dans les tactiques gouvernementales. On fait: beuh! beuh! vis-à-vis du gouvernement fédéral, puis, après ça, on dit: Ah! ne vous énervez pas, ne vous énervez pas, c'était juste pour la galerie, c'était juste pour l'histoire, puis c'était juste pour vous faire accroire qu'on allait vous faire peur, mais n'ayez pas peur.

Ça ressemble à ça, la position que vous êtes en train de nous dire, là. C'est: On verra plus tard ce que

nous avons décidé avant. Et ça me semble particulièrement important, parce que le premier ministre, Mme la ministre de la Santé, parle souvent, quant à lui, dans son nouveau discours, nouveau, super-plus, amélioré, des dédoublements, du gaspillage au niveau des dédoublements administratifs. Et vous savez, Mme la ministre, que le seul domaine de la santé de responsabilité provinciale — je n'aime pas bien, bien dire ce mot-là, mais c'est comme ça qu'on doit l'appeler — la seule responsabilité de la santé, au gouvernement fédéral, pour un domaine qui est de responsabilité provinciale, ça occupe 1200 fonctionnaires à Ottawa.

Alors, parlant d'argent disponible pour des services aux personnes, si nous réclamions véritablement l'exclusivité avec, au minimum, nos points d'impôt, pour lesquels nous payons toute une série d'administrateurs pour administrer notre argent pour qu'il nous revienne... Je vous épargne le raisonnement de comment nous revient la cent que nous payons en impôt au gouvernement fédéral en matière de santé, comment elle nous revient. Des fois, je me demande s'il nous en revient au moins une pour donner des services aux personnes. À cet égard-là, est-ce que vous avez l'intention de demander au moins au gouvernement fédéral de sortir du champ de la santé et de réduire, je dirais, Mme la ministre, au strict minimum, de réduire autant les effectifs que vous voulez les réduire ici, au Québec, en matière de santé et de services sociaux dans l'ensemble du système, puisque cet argent-là, on ne s'en sert pas pour donner des services aux personnes? Est-ce que vous avez l'intention de réclamer la fin des dédoublements administratifs en matière de santé et de services sociaux avec le gouvernement fédéral?

Mme Robillard: Mme la Présidente, je ne suis pas en mesure de valider ou d'infirmer les chiffres qui sont cités, le nombre de fonctionnaires fédéraux qui s'occupent de la santé. Ce que je peux vous dire: Ici, au Québec, vous voyez l'orientation qu'on prend pour les prochaines années. Je pense qu'on a été suffisamment transparents pour mettre des orientations triennales sur la table: voir comment on va essayer d'atteindre plus d'efficience dans nos services; réaliser aussi que les transferts fédéraux, ça représente le tiers de nos revenus au niveau de la santé, pas la totalité, le tiers — c'est sûr que, si ce tiers-là diminue, l'impact est plus grand chez nous — et maintenir le cap à l'effet de toujours avoir ces transferts au niveau qu'on les a, sinon de les augmenter. C'est la position qu'on défend au gouvernement actuel.

M. Trudel: Tout en se rendant compte, Mme la ministre, au niveau de l'illustration des chiffres, qu'une grande partie des compressions que nous devons nous imposer au Québec en matière de santé nous vient du fait que d'autres font d'autres choix de priorités avec notre argent à cet égard-là et que, si nous avions la pleine responsabilité, nous pourrions, à tout le moins, décider de nos priorités, tel que nous le faisons avec

l'argent qui nous est imparti, actuellement, de par notre propre système de revenus autonomes. Il y a une très grande partie, 34 %, ici, en termes de transferts, que nous ne contrôlons pas, mais c'est surtout la partie du 15 % que nous avons perdue au cours des dernières années parce que le gouvernement fédéral a décidé, lui, d'investir ailleurs et de dire aux provinces: Débrouillez-vous avec la dispensation des services, avec votre fric à vous autres, et, si vous avez à taxer davantage, si vous avez à ajouter davantage de fardeau fiscal à vos citoyens pour maintenir le niveau de services, bien, allez-y ou vous devriez y aller pour maintenir le niveau de services. Il faut bien se rendre compte de ça.
(20 h 50)

Mme la ministre, à cet égard-là, encore une fois, j'espère que la position du gouvernement du Québec, au minimum, dans les échanges avec le gouvernement fédéral, va toujours viser à défendre le maintien de l'intégralité de notre système de santé et de services sociaux, tel que nous avons choisi de nous le donner au tournant des années soixante-dix. À cet égard-là, la responsabilité du gouvernement fédéral, c'est aussi de respecter nos choix que nous avons faits et de financer nos programmes, à l'intérieur des choix que nous avons faits, de les financer avec notre argent et de respecter cette volonté, en termes de valeurs, de préserver l'intégralité de notre système de santé et de services sociaux, un des plus beaux joyaux que nous nous soyons donnés en termes de société québécoise et pour lequel nous devons continuer à nous battre en termes de préservation.

Mme la ministre, je ne sais pas si vous avez des remarques à faire à la suite de ça. Non? Toujours à l'intérieur de l'ensemble...

M. Cusano: Mme la Présidente...

M. Trudel: ...du mode de financement...

La Présidente (Mme Cardinal): Excusez-moi. M. le député de Viau aimerait poser une question, si vous permettez.

Information sur les services offerts à la population

M. Cusano: J'aurais quelques questions, puisqu'on est dans les crédits généraux. C'est bien ça? Au fil des ans, Mme la ministre, au Québec, on s'est aperçu qu'il y avait, à cause de certaines situations, un engorgement au niveau des urgences et que les cabinets privés n'offraient pas des services à la population, à part de 9 heures à 5 heures. Les Québécois, bien souvent, dans le besoin d'être renseignés sur des actions à prendre au niveau de leur domicile face à une situation, puisqu'ils n'avaient pas accès à des bureaux privés ou à d'autres organismes, se sont souvent rendus à l'hôpital, à l'urgence, pour souvent réaliser qu'il n'était pas nécessairement nécessaire de se rendre à l'hôpital tel quel.

À part les programmes qui ont été mis sur place au niveau du désengorgement des urgences, est-ce qu'on peut nous informer, à savoir exactement quelles mesures ont été prises par le ministère en ce qui concerne particulièrement l'information au niveau des services offerts à la population, au niveau de comment faire face à une situation, sinon urgente, quasi urgente ou, des fois, jugée urgente par l'individu? Est-ce qu'on peut nous indiquer, Mme la ministre, c'est quoi exactement que le ministère a envisagé pour répondre à ces inquiétudes de la population?

Mme Robillard: Mme la Présidente, le député de Viau, je pense, touche une problématique très bien identifiée et importante pour la population, c'est le besoin d'information de ce vaste réseau de la santé et des services sociaux. Souvent, on ne sait pas où s'adresser. Alors, le premier réflexe qu'on a, très souvent, quand on a un problème de quelque nature que ce soit — pas juste un problème d'ordre physique, même un problème d'ordre social — surtout si on a ce problème-là en dehors des heures de service régulières, ce sera de se présenter dans une salle d'urgence. S'il est 11 heures le soir ou 2 heures du matin, on va se présenter dans une salle d'urgence. On ne sait pas où aller chercher des services, très souvent, et je dirais même pendant les heures plus régulières de service. C'est vrai que c'est un vaste réseau, qu'il y a plusieurs établissements dans ce réseau-là, qu'il y a plusieurs organismes communautaires qui ont des missions différentes et, sur un territoire donné, ça devient compliqué, parfois, pour la population de savoir où s'adresser, au bon endroit, du premier coup.

Comme vous le savez — j'en ai parlé dans mes remarques d'ouverture aujourd'hui même — dans certaines régions du Québec, nous avons mis sur pied un service d'information, ce qu'on appelle plus communément un service 24/7, un service donc téléphonique, et en tout temps une personne peut contacter ce service-là 24 heures par jour. Et le mandat du service, c'est, bon, d'accueillir cette demande-là, de donner la bonne information ou le conseil à la personne et de l'orienter.

Alors, certaines régions s'étaient dotées de ce service. Je pense de façon particulière au service 24/7 de la région de l'Outaouais, que plusieurs personnes sont allées visiter. Par la suite, on a évalué ce système-là, ce qu'il pouvait apporter. Ce qu'il a fait sauver comme coûts au système, c'est clair, mais je pense que sa raison première, c'est qu'il est capable de donner la bonne information à la personne qui est en demande de services, afin de recevoir un premier conseil, ensuite, de savoir où s'adresser. On a le même système d'Info Santé — il y a des régions qui l'appellent Info Santé — à Montréal ou à Québec. On l'avait aussi de façon partielle, je dirais, dans certaines régions. Souvent, c'est le CLSC qui assume cette responsabilité-là et ça convient parfaitement à la mission d'un CLSC, comme service de première ligne, de donner la bonne information.

Donc, que vous receviez un conseil et que ça vous évite d'aller à la salle d'urgence, ou que vous soyez avec un enfant qui vient d'être agressé et que vous vous demandiez quoi faire, ou que vous deviez orienter une personne âgée vers le système d'hébergement, souvent la population ne sait pas où s'adresser. Et c'est ce que je disais cet après-midi, qu'on va, cette année, donc, renforcer, consolider ceux qui avaient déjà commencé ce service-là de façon partielle, mais on va aussi doter les autres régions du Québec d'un système d'information, sur une base territoriale, dans chacune des régions.

M. Cusano: Lorsque vous parlez du système en question, on ne parle pas du 911, n'est-ce pas?

Mme Robillard: Ha, ha, ha! Non, on ne parle pas du 911, le 911 étant le système d'urgence, si je peux le qualifier ainsi, qui va décider soit de faire appel aux pompiers, soit à la police, ou au système d'ambulances. C'est vraiment un système d'urgence. Je parle plutôt d'un système d'information. Et on se rappellera que, à Montréal de façon particulière, ces deux services-là étaient reliés ensemble. Et, suite aux études qui avaient été faites au niveau d'Urgences-santé, on avait justement demandé, pour qu'il y ait plus d'efficacité, qu'on ait Urgences-santé ou le 911 d'un côté et Info Santé de l'autre, ce qui a été fait. Donc, ce n'est pas le même type d'appels.

M. Cusano: Au niveau d'Info Santé, avez-vous un indice à savoir si les personnes qui se sont servies de ce système ou de l'information étaient, premièrement, satisfaites? Deuxièmement, selon vos études, au moment où on se parle, est-ce que ça a aidé à enlever des gens au niveau des urgences d'hôpitaux? Plus précisément, est-ce que ça a eu un impact particulier depuis que le système est en place?

Mme Robillard: À titre d'exemple, Mme la Présidente, je pourrais répondre au député de Viau que, quand on a fait une évaluation du service Info Santé dans la région de Trois-Rivières, Cap-de-la-Madeleine, Maskinongé, des Chenaux, on a fait un sondage, effectué auprès de 500 répondants qui avaient appelé au système d'Info Santé. Le sondage nous démontre qu'au-delà de 98 % des répondants disaient qu'ils avaient été satisfaits des services reçus; 63 % disaient qu'ils avaient obtenu la solution immédiate à leur problème; 36 % ont été transférés vers d'autres ressources, dont l'urgence ou les services internes des CLSC; 85 % d'entre eux ne sont pas allés à la salle d'urgence; et 51 % précisaient qu'ils se seraient rendus à l'urgence si les services d'Info Santé n'avaient pas existé.

M. Cusano: Est-ce que vous avez dit 36 % des personnes? J'ai bien compris que 36 % des personnes qui se sont servies d'Info Santé se seraient autrement rendues dans un service d'urgence?

Mme Robillard: 51 %...

M. Cusano: 51 %.

Mme Robillard: ...l'ont affirmé. Alors, je vous donne ça comme exemple. On pourrait regarder l'évaluation qui a été faite dans l'Outaouais, qui, grosso modo, nous mène aux mêmes conclusions. Qu'on ne pense pas que c'est strictement, par exemple, les personnes âgées qui vont téléphoner au système d'Info Santé. Il y a des personnes âgées, oui, mais il peut aussi bien y avoir des parents, des mères de famille pour leurs enfants. Il y a aussi, parfois, la population qui est inquiète par rapport à une problématique particulière au niveau de la santé publique. Alors, elle va contacter le système d'information. À date, on n'a pas d'évaluation scientifique du système en tant que tel, je dois vous dire, mais toutes les données préliminaires d'évaluation nous laissent supposer que c'est très efficace. Là, on va l'étendre à l'ensemble des régions du Québec.

(21 heures)

M. Cusano: C'était ma prochaine question.

Mme Robillard: Oui, on va l'étendre à l'ensemble des régions du Québec, mais avec une durée de vie de cinq ans et l'exigence de procéder à une évaluation systématique pour être certains qu'on rencontre nos objectifs de résultat dans cinq ans d'ici et voir si on doit maintenir ce système-là.

M. Cusano: Merci, Mme la ministre.

La Présidente (Mme Cardinal): M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Trudel: Oui, Mme la ministre. C'est une bonne suite à une excellente suggestion qu'avait faite, à l'époque, le candidat péquiste dans Charlesbourg, le Dr Rochon, de mettre sur pied ce système d'information en vue d'en arriver à réduire les coûts de santé. Ça me semble pas mal plus efficace, avec les statistiques que vous venez de donner, que la perspective d'implanter un ticket orienteur de 5 \$ pour en arriver à ce que les gens aillent au bon endroit dans le système de la santé et des services sociaux. Ça me semble beaucoup mieux choisi comme approche, et l'étendre à l'ensemble des régions, y compris dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, ça me semble une bonne suggestion que l'on puisse implanter ce service-là. Puisque l'intelligence est assez, généralement, bien répartie à travers les Québécois, ils sont capables de choisir, quand on leur donne la bonne information, quels services ils doivent utiliser pour leur santé et leur mieux-être.

Mme Robillard: J'accueille avec plaisir, Mme la Présidente, les mots de félicitations du député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Trudel: Est-ce que je peux retourner la même chose au Dr Rochon? Est-ce que je peux faire le même message au Dr Rochon, qu'enfin une autre partie de son rapport a été réalisée?

Mme Robillard: Vous savez, parfois, il y a plusieurs idées sur la table, mais l'important c'est de décider.

M. Cusano: C'est comme les décisions qui sont prises au ministère.

Ententes signées avec les deux fédérations de médecins au Québec

M. Trudel: Tout à fait. Alors, si vous voulez, on peut continuer avec d'autres idées, si vous voulez les mettre en pratique. Si nous pouvions nous intéresser quelques moments, Mme la ministre, à nos professionnels de la santé, à nos médecins. En termes de système et de coûts de système, j'aimerais que l'on regarde quelques minutes l'impact des ententes qui ont été signées avec les deux fédérations de médecins au Québec. Mme la ministre, effectivement, il s'agit donc d'une partie des coûts importante pour notre système de santé et de services sociaux que la rémunération des médecins. Liée à cette question-là, évidemment, la question de l'accessibilité aux services en matière de répartition, soit des spécialistes ou soit des omnipraticiens, au Québec.

Dans quelle mesure, Mme la ministre, peut-on continuer à affirmer que les médecins, dans les ententes qui ont été signées avec le gouvernement, sont, eux aussi, soumis aux prescriptions de la loi 102 et doivent se compresser, eux aussi, au niveau des revenus, au niveau de leur rémunération? L'analyse qu'on a pu faire des textes qui ont été publiés nous indique ceci. Par exemple, du côté des omnipraticiens, après avoir pris en considération ce qu'on a appelé la dette que devaient les médecins omnipraticiens à l'État pour des dépassements de plafond et aussi un certain nombre d'éléments signés qui n'avaient pas encore été versés, le président de cette Fédération, le Dr Richer, écrivait à ses commettants, au début de janvier, que la dette — je cherche le montant — j'entends l'ensemble des montants qui étaient dus aux médecins ou le dépassement d'honoraires dans le cas des omnipraticiens, s'élevait à 21 600 000 \$ et que, par ailleurs, les ententes qui étaient signées permettaient d'éponger totalement la dette qui était due par les médecins à l'État, soit à titre de dépassement d'honoraires, soit à titre d'autres éléments contractuels antérieurs à la date de la signature. Alors, puisque l'ensemble des mesures pour lesquelles les omnipraticiens ne recevraient pas de rémunération ne totalise pas 21 600 000 \$, il y a une différence de 8 000 000 \$, comment peut-on prétendre encore que le coût de la loi 102 est absorbé par les médecins à l'intérieur de ce «deal»?

Mme Robillard: Mme la Présidente, si je saisis bien, je ne sais pas à quelle lettre se réfère le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, mais ça ne m'apparaît

pas conforme à l'entente que j'ai moi-même signée avec la FMOQ. Alors, peut-être qu'on pourra y revenir de façon très précise, parce que l'entente qu'on a signée, c'est très clair concernant la loi 102; autant avec les médecins omnipraticiens qu'avec les médecins spécialistes, c'est l'application de la loi 102, comme on l'a fait pour l'ensemble des salariés de l'État.

Avec la FMOQ, d'abord, il y a un accord sur le gel des tarifs et de l'objectif tarifaire jusqu'au 30 novembre 1995. Deuxièmement, il y a un accord pour récupérer le 1 % au plan de la masse salariale. On le fait de façon différente, dépendamment si ce sont des médecins salariés, rémunérés à l'acte ou à la vacation. Pour les médecins salariés, c'est un plafonnement en tant que tel, tandis que, pour les médecins rémunérés à l'acte ou à la vacation, on récupère l'augmentation de 1 % qui avait été versée le 1er septembre 1993. On la récupère à compter du 1er décembre 1993. De plus, on apporte des modifications au calcul du revenu moyen annuel brut, ce qui équivaut à une baisse de 1 % de l'objectif tarifaire. Alors, par ces différentes mesures-là, on applique de façon intégrale la loi 102.

M. Trudel: Mme la ministre, ce serait faux, donc, ce que le Dr Richer écrivait à ses médecins, le 6 janvier 1994, en disant: Le ministère accepte une augmentation virtuelle du revenu moyen brut de 1 %, à compter du 1er septembre 1993. Cela signifie — contrairement à ce que vous venez de dire — que l'objectif du revenu moyen brut passera de 142 246 \$ à 143 668 \$ pour la durée de l'entente, même si les tarifs ne sont pas augmentés. S'entend, nous n'avons qu'à faire des actes de plus.

Mme Robillard: Mme la Présidente, je vais demander à M. Bergevin, le directeur des professionnels de la santé au sein de la Direction des relations professionnelles, de nous apporter des éclaircissements concernant cette lettre du Dr Richer.

La Présidente (Mme Cardinal): M. Bergevin.

M. Bergevin (André): Alors, Mme la Présidente, simplement pour bien se situer, si je comprends bien la question, il y a d'abord la question de la loi 102. Là-dessus, comme Mme la ministre le soulignait, il y avait une augmentation de 1 % qui était prévue dans l'entente des omnipraticiens. Ce 1 % n'a pas été donné aux médecins; on parle particulièrement des médecins rémunérés à la vacation et des médecins rémunérés à l'acte.
(21 h 10)

Ce qu'on a fait, par ailleurs — et c'est probablement pour ça que le Dr Richer indiquait qu'on maintenait l'objectif tarifaire — c'est qu'en pratique l'objectif tarifaire a été maintenu, mais, dans la lecture qu'on fera du revenu moyen brut de l'année, il sera, lui, augmenté de 1 %. Dans les faits, ceci, sur le plan pratique, donne la même équivalence que si on avait réduit l'ensemble de 1 %. Donc, la récupération de 1 %, elle se fait véritablement. Le revenu que nous lirons pour l'année

concernée sera augmenté de 1 %. Donc, ce 1 %, s'il mène à un dépassement, comme vous le savez, dans notre entente, il y a une récupération de la tarification qui se fait automatiquement. La loi 102, là-dedans, elle a été complètement respectée.

Sur les propos de l'autre partie, je pense, que vous souleviez concernant l'objectif tarifaire, évidemment, je ne me souviens pas des propos précis que tenait le Dr Richer sur ce dossier, mais ce que je peux vous indiquer, c'est que la seule partie qui a été prise en considération dans le dépassement, ce qui se fait, d'ailleurs, de façon normale, dans chacune des analyses de chacune des années de l'entente... Comme vous le savez, dans l'entente, actuellement, avec les médecins omnipraticiens, et ça existe depuis 1976, il y a ce qu'on appelle un dépassement, ou une partie du dépassement, qui est considéré comme non significatif, qui est de l'ordre de 0,3 %, 0,4 %. Ce qu'on a considéré dans le règlement qu'on a fait avec les omnipraticiens visait à ne pas considérer la récupération de cette partie qu'on juge, aux fins de l'entente, comme étant non significative.

M. Trudel: Mais les objectifs de la loi 102, applicables en matière de rémunération aux médecins à l'acte, prévoyaient donc une diminution de 1 % des tarifs.

M. Bergevin (André): Cette diminution, elle est effective aussi. Ce que je vous disais tantôt, c'est qu'il y avait une augmentation prévue — de 1 % pour le 1er septembre 1993 — et cette augmentation n'a pas été consentie. La seule chose qu'on a faite sur l'objectif de revenus, c'est qu'on l'a maintenu. Par ailleurs, on a indiqué que, dans la lecture qu'on ferait du revenu moyen effectivement réalisé au cours de cette année, on l'augmenterait de 1 %, même si les médecins n'ont pas reçu 1 %, de sorte que l'effet pratique de ça, c'est qu'ils ont effectivement reçu une non-augmentation de 1 %. Par conséquent, on répond entièrement à l'application de la loi 102.

M. Trudel: Parce que la diminution de 1 % des tarifs, telle que vous l'expliquez, en tout cas, elle n'apparaît pas par rapport à ce qui est payé. Il n'y a pas de diminution en soi, sauf de rayer, tel que vous venez de nous le dire, quelque chose qui avait été prévu antérieurement.

M. Bergevin (André): C'est une augmentation.

M. Trudel: Également, il n'y a pas de diminution des objectifs de revenu moyen brut, puisqu'on dit qu'on va passer de 142 000 \$ à 143 000 \$.

M. Bergevin (André): C'est-à-dire que c'était à 143 000 \$.

M. Trudel: Ce n'est pas dans les diminutions.

M. Bergevin (André): Si vous le permettez... Est-ce que vous voulez que je...

La Présidente (Mme Cardinal): Oui, oui.

M. Bergevin (André): Ce qui est prévu, ce que je vous mentionnais tantôt, c'est que le 1 % qui était dû aux médecins spécialistes, comme il a été donné à l'ensemble du secteur public, ce 1 %, les médecins omnipraticiens n'en bénéficient pas. Par ailleurs, l'objectif tarifaire, lui, était déjà, dans l'entente, porté à 143 000 \$. Pour éviter de devoir réduire cet objectif tarifaire, qui était déjà négocié, ce qu'on a fait, c'est qu'on a dit que le revenu moyen, qui lui, en pratique, ne sera pas augmenté de 1 %, puisque le tarif ne sera pas augmenté, sera quand même artificiellement augmenté de 1 %, faisant en sorte que, dans la lecture qu'on fera du revenu moyen, lui sera gonflé de 1 %. Alors, l'effet pratique de ça, c'est que l'ensemble des médecins se voit confronté à un revenu moyen brut qui est augmenté de 1 %, sans qu'en pratique les médecins n'aient reçu l'augmentation de 1 %. Donc, l'effet de ça, c'est que les médecins ont complètement payé la diminution de 1 %.

M. Trudel: Il n'y a pas de diminution cette année, mais on ne donne pas suite à une augmentation antérieure prévue.

M. Bergevin (André): À laquelle ils avaient droit.

Désassurance de services

M. Trudel: Par ailleurs, à l'intérieur de l'ensemble, le «deal» comprend la désassurance de la cryothérapie, le brûlage des verrues par l'azote liquide...

M. Bergevin (André): Cryothérapie.

M. Trudel: ... pour une somme totale de 1 590 000 \$ par année; également, la désassurance de ce qu'on pourrait appeler le deuxième examen médical complet de routine, s'il en est, pour une somme 2 013 000 \$. Voilà! Alors, Mme la ministre, là-dessus, vous avez affirmé qu'il n'était pas question de désassurance de services au Québec, que le gouvernement n'allait pas se lancer dans la désassurance de services. Comment vous pouvez avoir signé cette entente qui prévoit la désassurance de services? Comment vous avez pu signer cette entente avec des omnipraticiens, qui prévoit, effectivement, la désassurance de certains services et affirmer du même coup que le gouvernement n'acceptera pas et a rayé de son langage, dorénavant, la désassurance de services? Comment vous réconciliez ça?

Mme Robillard: Mme la Présidente, il faut faire attention quand on parle de désassurance de services par rapport à tout le concept des actes inclus, quand on paie un service en particulier. Alors, c'est ce dont il s'agit au

niveau de la cryothérapie. Ça devient un acte inclus en tant que tel. Donc, ce n'est pas un service désassuré et il n'y a pas, non plus, de facture au niveau de la personne comme tarif de l'examen. Ça, c'est très clair. Il faut se rappeler que, contrairement aux modalités qu'on a déjà établies avec les médecins spécialistes en tant que tels — on avait apporté une correction justement sur cet élément-là en 1988 — le médecin omnipraticien, avant la signature de l'entente, pouvait facturer...

Prenons un exemple. Pour le traitement d'une verrue, il pouvait facturer le traitement d'un examen ordinaire ou d'un examen complet et, en plus, la cryothérapie en tant que telle. Donc, là, ce qu'on dit dans l'entente, c'est que le médecin, comme le médecin spécialiste, c'est la même chose, pourra strictement facturer un seul acte. Alors, c'est le médecin qui est pénalisé; ce n'est pas le patient qui est facturé au tarif de l'examen.

M. Trudel: Il faut qu'il paie son azote liquide, là? Il faut qu'il paie le stock!

Mme Robillard: Pardon? Excusez-moi, Mme la Présidente, je n'ai pas saisi la question.

M. Trudel: Pardon, mais l'usager, le patient, la personne, il faut maintenant qu'elle paie l'azote liquide utilisé?

Mme Robillard: Antérieurement, le produit qui est utilisé, qui est l'azote liquide, était payé par le bénéficiaire. Ce n'est pas quelque chose de nouveau.

M. Trudel: Non.

Mme Robillard: Oui. Absolument, Mme la Présidente.

M. Trudel: Non. Non.

Mme Robillard: Ça a toujours été payé par le bénéficiaire.

M. Trudel: J'en ai eu des traitements comme ça et je n'ai jamais payé.

Mme Robillard: Le médecin n'est jamais obligé de charger, mais l'azote liquide, le produit utilisé n'était pas le service assuré. Ça, c'est très clair pour le médecin. On parle toujours du traitement en bureau privé.

M. Trudel: Mais les 1 500 000 \$ qui ne seront plus facturés, qui ne seront plus payés par la RAMQ?

Mme Robillard: Les 1 600 000 \$. Je vous dirais que ce n'est pas la première fois qu'on fait des actes inclus, donc qu'on limite le nombre d'actes chargés. C'est ce qu'on appelle les actes inclus pour le geste posé

auprès de la personne. Mme la Présidente, dans le communiqué de presse que nous avons émis le 22 mars concernant cette entente avec la FMOQ, nous avons très bien spécifié ce qui se passait par rapport à la cryothérapie.

M. Trudel: Dans votre communiqué, vous le dites bien, le médecin ne peut demander au patient de payer le traitement, l'acte n'étant pas désassuré. Cependant, il peut, comme il a toujours pu le faire, demander au patient de payer le prix fixé généralement pour l'azote liquide. Cette mesure générera des économies de 1 600 000 \$. Ça veut dire que les personnes sont susceptibles de se faire charger 1 600 000 \$ supplémentaires.

(21 h 20)

Mme Robillard: Mais non, mais non, Mme la Présidente. L'économie de 1 600 000 \$, c'est sur l'acte inclus, l'acte qui était chargé par le médecin. En plus de son examen ordinaire ou de son examen majeur, il chargeait pour un acte qui était qualifié de cryothérapie. Là, on dit que, pour les deux actes, ça devient un acte inclus. Donc, il charge une seule fois. C'est une baisse de revenus pour le médecin en tant que tel. C'est là qu'il y a le 1 600 000 \$.

M. Trudel: Mais il pourra toujours demander au patient de payer le produit?

Mme Robillard: Pour le produit...

M. Trudel: Puisqu'il ne se fait plus...

Mme Robillard: ...comme il le faisait antérieurement.

M. Trudel: ...rembourser par la RAMQ, il va le faire payer par quelqu'un.

Mme Robillard: Ça a toujours été le cas, Mme la Présidente. C'est indiqué très clairement dans le communiqué; vous venez de le lire.

M. Trudel: Ça a toujours été le cas! Il le chargeait à la RAMQ, à l'intérieur de l'acte, vous dites?

Mme Robillard: Non, je n'ai pas dit ça. Reprenons. J'ai toujours dit que le médecin... Premièrement, je dis que ces modalités sont déjà en application, pour les médecins spécialistes, depuis 1988. Deuxièmement, pour les omnis, on vient de procéder à l'acte inclus. Avant même de signer l'entente, le médecin pouvait, en tout temps, demander au patient de payer l'azote liquide. Il peut toujours le faire, comme il peut ne pas le faire, au moment où on se parle.

M. Trudel: Mais, en général, cela vous coûtait, à la RAMQ, 1 600 000 \$ annuellement.

Mme Robillard: Le deuxième acte qui était rémunéré.

M. Trudel: Oui.

Mme Robillard: Le deuxième acte. Il y avait un acte qui s'appelait examen ordinaire ou examen majeur, plus un acte de cryothérapie.

M. Trudel: L'autre en cryothérapie. Alors, cet acte-là, le deuxième, maintenant, ne sera plus...

Mme Robillard: C'est un acte inclus.

M. Trudel: À part le produit.

Mme Robillard: Il est inclus dans le premier. Donc, on paie pour un seul acte, pour le traitement de la verrue.

M. Trudel: Et on pourra charger au patient le produit utilisé; je ne parle pas de l'acte.

Mme Robillard: Comme c'était le cas avant.

M. Trudel: Très bien. Dans le cas des spécialistes, puisque nous sommes en matière d'assurance et de désassurance de services, au niveau des actes en physiothérapie, on a changé, dans la lettre d'entente no 13, les tarifs et les modes de rémunération des physiatres pour des services de réadaptation physique donnés en clinique, dans les cliniques approuvées par le ministère, pour des services de physiothérapie en dehors des centres hospitaliers. On a augmenté sensiblement le tarif pour un traitement, mais, par ailleurs, on a plafonné le montant maximum qui pouvait être réclamé. À compter du 1er janvier 1994, les traitements de physiothérapie donnés en clinique sont sujets au plafonnement des gains de pratique de 65 000 \$ par année civile.

Est-ce que vous avez mesuré, Mme la ministre, par rapport à cette lettre d'entente, l'influence que cela pourrait avoir sur les charges que cela entraînerait en particulier pour les personnes âgées de 65 ans et plus? À partir du moment où on a un plafonnement, tout en doublant, à toutes fins utiles, la rémunération de l'acte, l'effet prévisible, c'est que, pour avoir le même type d'accessibilité non plus en centre hospitalier, mais en clinique privée, on va avoir nécessairement du débordement, en disant: Écoutez, si vous voulez que le service soit plus rapide, comme j'ai atteint mon plafond rapidement... Par rapport à ce que nous avons les années passées, est-ce qu'on n'est pas en train de dire qu'on vient de transférer un service à la charge de la personne de plus de 65 ans, avec ce plafonnement et par le changement de rémunération à l'acte, pour la physiothérapie faite dans des cliniques agréées?

Mme Robillard: Concernant les traitements de physiothérapie, il faut avoir une donnée très claire au

point de départ. Ce n'est pas un service assuré en tant que tel. Là, on parle des traitements de physiothérapie donnés en clinique et non pas donnés à l'hôpital. Ce n'est pas un service assuré. C'est un programme décidé par le gouvernement, dont la gestion a été confiée à la RAMQ pour les personnes âgées de 65 ans et plus et, si ma mémoire est bonne, limité à deux territoires: Montréal et Québec.

Alors, on n'est pas du tout dans le contexte de services assurés à l'ensemble de la population du Québec. On est dans un programme, comme il en existe d'autres et on confie la gestion de ce programme-là à la RAMQ. Le gouvernement a décidé, à une certaine époque, de confier à la RAMQ la gestion de ce programme qui s'adressait aux personnes âgées de deux régions du Québec et de permettre, à ce moment-là, qu'il y ait un paiement pour les services qui étaient dispensés par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique dans une clinique privée dont le propriétaire était un physiatre.

Au fil des années, qu'est-ce qui s'est passé avec ce programme en tant que tel? On s'est aperçu que, très rapidement, le tarif qui était donné pour ce genre de service en clinique privée était devenu loin d'être compétitif par rapport à d'autres tarifs pour des services de même nature, qui étaient donnés soit par la SAAQ, soit par la CSST, de sorte que nos personnes âgées étaient aussi pénalisées par rapport à ça parce que le tarif n'était pas le même. Donc, il y a eu une décision à l'effet non pas d'annuler ce programme-là, mais de le maintenir et de rendre les tarifs comparables à ce qui se passait sur le marché des autres organismes gouvernementaux, telles la CSST et la SAAQ, pour que le service soit toujours disponible pour nos personnes âgées. C'est dans ce contexte-là que la décision a été prise.

M. Trudel: Donc, il peut y avoir, effectivement, un effet de débordement qui fait en sorte que ce service complémentaire assuré, pour Montréal et Québec, pour les personnes de 65 ans et plus, nous amène à des déboursés supplémentaires, compte tenu de la modification qui a été entendue pour les personnes de 65 ans et plus. Ça peut mener à un débordement qui ferait en sorte que des personnes seraient obligées dorénavant de payer de leur poche pour obtenir ce service-là, compte tenu du changement de mode de rémunération.

Mme Robillard: Ce serait prématuré de dire qu'il va y avoir un débordement à ce stade-ci, Mme la Présidente. Il faudrait, à ce moment-là, qu'il y ait un changement de la clientèle qui est actuellement suivie par les physiatres. Il n'y a rien qui nous indique, pour le moment, qu'il y aura un débordement. C'est un dossier à suivre de près au niveau des impacts. Alors, présentement, l'Association des physiatres nous indique que le même niveau de services est maintenu, pour une clientèle qui est comparable.

M. Trudel: Mme la Présidente, compte tenu du temps qu'il nous reste et des engagements que nous

avons pris de traiter d'un certain nombre de sujets par rapport à des personnes qui sont avec nous ce soir, c'en serait fait pour la question des ententes avec les médecins, mais en l'informant que je reviendrai, demain soir, lorsqu'on étudiera les crédits de la RAMQ, sur la question de la répartition des effectifs médicaux spécialistes et omnipraticiens, en particulier pour une région que vous connaissez bien aussi, qui s'appelle la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Mais on y reviendra demain soir, à moins que ce ne soit réglé, l'Abitibi? C'est réglé? Ça s'est réglé aujourd'hui, puis je ne suis pas au courant! Ah, c'est réglé? Combien est-ce qu'il y en a de débarqués? Il y en a cinq qui ont débarqué ce soir ou quelque chose de même?

Mme Robillard: M. le député, on ne règle pas les cas de comté, ici, là.

M. Trudel: On règle les problèmes, les situations vécues par les personnes.

La Présidente (Mme Cardinal): Ce qui nous permet de passer au programme ?? Non? Pas encore?

M. Trudel: Pas tout à fait.

La Présidente (Mme Cardinal): Pas tout à fait. Ah, bon.

M. Trudel: Pas tout à fait. Nous prendrions quelques minutes pour questionner toutes les informations des prévisions de dépenses autour du CQCS, le Centre québécois de coordination sur le sida.

Mme Robillard: Ce soir?

La Présidente (Mme Cardinal): Ce soir? Oui?
(21 h 30)

M. Trudel: Ce soir. Une quinzaine de minutes avant de passer au FRSQ.

(Consultation)

La Présidente (Mme Cardinal): Nous suspendons les travaux pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 21 h 31)

(Reprise à 21 h 37)

La Présidente (Mme Cardinal): Alors, M. le député.

Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS)

M. Trudel: Mme la Présidente, j'aimerais donc poser un certain nombre de questions eu égard aux

crédits et à la situation du Centre québécois de coordination sur le sida, compte tenu, je dirais, de la nouvelle configuration du réseau de la santé et des services sociaux, de l'apparition des régies régionales et de ce que vous avez mentionné dans votre discours d'ouverture, c'est-à-dire que les régions, à travers leurs régies régionales, doivent fixer leurs priorités d'intervention en matière de santé et de services sociaux et, également, donc, établir, à l'intérieur du défi performance, par ailleurs, pour ce qui est d'une action ponctuelle, les services qui seront touchés et la façon dont on va dispenser les services.

Compte tenu des objectifs qui nous avaient amenés à créer le Centre québécois de coordination sur le sida, comment ça fonctionne avec la nouvelle mécanique des régies régionales? Comment ça s'articule avec les 17 ou les 18 régies régionales, le Centre de coordination sur le sida, puisqu'il peut très bien arriver, évidemment, qu'une région ne retienne pas comme priorité d'action la lutte, à un titre ou à un autre, contre le sida? Alors, je peux vous demander, Mme la ministre, ou aux personnes qui vous accompagnent: Comment ça s'articule concrètement, le travail du Centre québécois de coordination sur le sida avec le travail des régies régionales en matière de santé et de services sociaux?

La Présidente (Mme Cardinal): Mme la ministre.

Mme Robillard: De façon globale, Mme la Présidente, on peut dire que — d'ailleurs, dans d'autres dossiers aussi — le ministère maintient ses responsabilités pour fixer les grandes orientations ministérielles. Il est très clair qu'il y a des choix qui sont faits dans chacune des régions au niveau de la «priorisation» des problématiques. D'ailleurs, c'est très intéressant de suivre cette «priorisation» au niveau de la politique de santé et de bien-être. On s'aperçoit que, dans plusieurs régions du Québec, quand la population participe à des consultations sur un territoire donné, souvent les priorités vont être des problématiques sociales au lieu d'être des problématiques de santé physique qui sont soulevées par la population. Et peut-être que ça va nous ramener à un certain équilibre, justement, entre les problèmes de santé physique et les problématiques sociales que nous avons au Québec.
(21 h 40)

Alors, tout ça — j'avais ouvert une parenthèse, Mme la Présidente — surtout pour vous dire que le ministère conserve toujours cette responsabilité-là de fixer les grandes balises au niveau des orientations ministérielles. Et, dans ce sens, notre Centre québécois de coordination sur le sida participe toujours à énoncer les grandes orientations et à assurer la coordination au plan provincial.

Maintenant, au niveau de la mise en oeuvre, je pense qu'il y a beaucoup d'initiative qui est laissée à chacune des régies régionales, et le Centre québécois peut même venir en aide à une régie pour mettre en

oeuvre certains éléments d'un plan d'action concernant le sida. Ce sont des plans d'action qui peuvent varier d'une région à l'autre, dépendamment aussi de la population sur le territoire. Alors, ça, c'est vraiment ce qui se passe concernant les responsabilités respectives.

Maintenant, si vous avez des questions plus précises, Mme la Présidente, j'ai avec moi Mme Laberge, qui est la directrice du Centre québécois de coordination sur le sida, qui pourrait répondre.

M. Trudel: Mme la Présidente, est-ce que le Centre intervient auprès des régies régionales au moment où elles sont à fixer leurs priorités d'action en matière de santé et de services sociaux, c'est ça, leurs objectifs de santé?

La Présidente (Mme Cardinal): Mme Laberge, vous pouvez répondre.

Mme Laberge (Denise): Alors, le Centre québécois, si vous voulez, intervient auprès des régies pour donner les grandes orientations, les grands objectifs à atteindre et aussi à financer selon les besoins qui sont exprimés. Chaque régie, de plus en plus, a une autonomie certaine et que, à l'occasion, il y a eu peut-être certains ratés, mais, dans l'ensemble, je pense que tous ont pris leurs responsabilités quant au respect des objectifs sur le sida.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci. M. le député.

M. Trudel: Mais ça me semble bien tenu, compte tenu des objectifs que nous nous étions donnés en créant ce Centre québécois de coordination sur le sida, de dire: Bien, écoutez, les régies régionales, bien sûr, à l'intérieur de l'ensemble des problématiques, ont à regarder ça. Compte tenu de la nature du phénomène, compte tenu aussi de l'ampleur que peut prendre le phénomène et, encore une fois, compte tenu de ces éléments-là, nous avons créé et nous avons toujours un Centre québécois de coordination. Alors, est-ce que le Centre — je vais vous le dire carrément — n'est pas de trop dans la lutte au sida, compte tenu de la façon dont on opère actuellement ou, par ailleurs, à l'inverse, est-ce qu'on ne doit pas donner les moyens au Centre québécois de coordination sur le sida d'intervenir auprès et avec les régies régionales de façon à s'assurer que l'ampleur du phénomène soit bien saisie et qu'on en arrive à une véritable politique de lutte contre le sida?

Mme Robillard: Écoutez, Mme la Présidente, je pense qu'il serait tout à fait prématuré de penser que, demain matin, on n'a plus besoin d'un Centre québécois

de coordination sur le sida. Chaque fois qu'on a une problématique nouvelle, et c'est le cas... Ce n'est quand même pas une problématique, là, qui date depuis des décennies au Québec. C'est une problématique nouvelle, qui nous demande de développer des approches complètement différentes.

Et, quand on a une problématique nouvelle, qu'on ait créé, au centre de la Direction de la santé publique, ce Centre québécois de coordination, je pense que c'était une nécessité pour dresser les grandes orientations et voir à la coordination sur le territoire aussi. Peut-être que, dans cinq ans ou dans 10 ans d'ici, on dira autre chose étant donné l'évolution de la problématique et comment ça se passera dans chacune des régions du Québec, mais, là, ça m'apparaîtrait nettement prématuré étant donné l'importance de cette problématique-là et les perspectives, aussi, de développement de cette problématique-là qu'on se doit, avant tout, d'enrayer à sa base même, donc au niveau de la prévention. Ça demeure un champ vraiment de santé publique. Je peux vous dire: Demain matin, le Centre québécois de coordination sur le sida n'existe plus, on met un x dessus et je suis assurée que les directeurs de la santé publique, ensemble, vont demander une concertation et une coordination avec notre Direction de la santé publique, au central.

M. Trudel: C'est pour ça, Mme la ministre, que, parfois, à cet égard-là, compte tenu — vous avez raison — de l'ampleur du phénomène, compte tenu de la gravité de la situation, on a l'impression que le Centre québécois de coordination sur le sida est un peu comme enfermé, encadré dans les politiques ministérielles gouvernementales et qu'on n'aurait pas toute la liberté, la latitude et la capacité d'agir et d'être en relation avec les acteurs terrain à cet égard-là, en matière de lutte au sida au Québec.

Mme Robillard: Écoutez, c'est très clair que, quand on a décidé de créer le Centre québécois de coordination sur le sida, on ne l'a pas créé comme une entité autonome extérieure même au ministère, ce qu'on pourrait faire dans un autre cas. On l'a créé à l'intérieur du ministère et, en le créant à l'intérieur du ministère, il est en accord, aussi, avec toutes les politiques que l'on poursuit au niveau de la livraison des services. Qu'on ait besoin d'un lieu central pour énoncer les orientations, voir à leur coordination, donner un coup de main à des régies où il y a des difficultés au niveau de la mise en oeuvre, je pense que c'est le rôle du Centre québécois de coordination sur le sida. Mais il n'est nullement question de remettre en cause, non plus, la régionalisation des services.

M. Trudel: En tout cas, je vais me réjouir de la volonté qui semble se manifester ici de donner davantage d'ampleur au Centre de coordination, compte tenu de l'ampleur du problème et de la situation, mais aussi, j'espère, toute la marge de manoeuvre qui, selon ce qui nous est véhiculé, n'est pas sentie sur le terrain pour le

Centre de coordination de la part des acteurs qui sont présents. Parce qu'il y a de réels dangers que la problématique ne soit pas considérée eu égard à la réalité de la situation en matière de lutte au sida au Québec. C'est la cas par rapport à un certain nombre de situations qui se sont posées dans cette lutte contre le sida au Québec.

Et, à cet égard-là, j'aurais aussi quelques questions un peu plus particulières à poser. Je vous ai écrit, Mme la ministre, en janvier...

Une voix: En mars.

M. Trudel: ...en mars, au début de mars, au moment où on essayait de régler, à Montréal, les questions financières autour du problème qui s'est présenté avec C-SAM. Je vous demandais, Mme la ministre, dans cette lettre, qu'en était-il de la situation, puisque, au moment où C-SAM à Montréal a cessé ses opérations, il y avait un résidu de 85 000 \$ pour aider à la lutte avec les organismes qui sont liés à cette problématique dans la région de Montréal. Alors, vous m'avez répondu que vous examiniez la situation, c'est-à-dire que, à cet égard-là, simplement, j'ai reçu l'accusé de réception, mais je n'ai pas eu votre réponse sur ce que vous entendiez faire pour vous assurer que l'argent qui était destiné à la lutte à travers C-SAM, à Montréal, serait redistribué aux organismes dans la région de Montréal pour les mêmes fins.

(21 h 50)

Mme Robillard: Mme la Présidente, il s'agit d'un solde d'argent qui est disponible, là, suite à la cessation des activités du Comité sida aide Montréal. Le solde, qui est de 82 500 \$, va être réparti entre les organismes après consultation, naturellement, de la Régie de Montréal-Centre et de la table montréalaise de concertation des organismes communautaires sida. Ce montant-là sera donc entièrement réparti.

M. Trudel: Alors, les organismes peuvent être assurés que cet argent-là va retourner aux organismes et sera réparti aux organismes d'aide, de lutte contre le sida.

Mme Robillard: Oui.

M. Trudel: Mme la ministre, dans la partie de la circulaire «malades sur pied», il était question aussi de tous les médicaments qui sont actuellement payés pour les personnes atteintes et qui sont considérées, à cet égard-là, bien sûr, comme des malades sur pied. Vous avez répondu à un certain nombre de questions et d'observations que je vous ai faites à cet égard-là, mais, plus particulièrement à l'égard des personnes atteintes, est-ce qu'on peut d'ores et déjà considérer que le remboursement des médicaments, qui était remis en question dans la circulaire en termes d'interrogation, ça, c'est chose du passé et qu'on peut assurer les personnes atteintes qu'il n'y aura pas de modifications à la politique de remboursement des médicaments pour les personnes atteintes qui

sont considérées comme des malades sur pied lorsqu'elles sont atteintes du sida?

Mme Robillard: Ce qui est déjà couvert, à l'heure actuelle, par la circulaire «malades sur pied», comme vous l'avez vu là, est toujours couvert au moment où on se parle. Par ailleurs, j'attends le rapport du comité qui a été mis sur pied. Me dit-on que, d'ici une dizaine de jours, j'aurai reçu ce rapport du comité Demers qui a envisagé la problématique non seulement de la circulaire «malades sur pied», mais de l'accès aux médicaments pour tous les malades, dont ceux qui sont atteints du sida. Suite au dépôt de ce rapport, on verra quelles seront les orientations gouvernementales en la matière, mais, entre-temps, la circulaire se continue telle quelle.

M. Trudel: Très bien. Malheureusement, le temps nous amène à compléter ce trop court, trop bref survol des activités du Centre québécois de coordination sur le sida, en espérant qu'on puisse davantage sentir sur le terrain, nous dit-on, toute l'ampleur que devrait prendre l'organisme et la mission qu'on lui a confiée en termes de coordination des activités, parce que nous en avons bien besoin compte tenu de la nature des problèmes auxquels nous avons à faire face. Merci.

J'aborderais, Mme la Présidente, si vous le permettez...

La Présidente (Mme Cardinal): Oui. Le programme 7. Ha, ha, ha!

Coordination de la recherche

Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

M. Trudel: ...le programme 7, tel que nous nous étions entendus, sur le Fonds de la recherche en santé du Québec. Mme la Présidente, vous avez une telle expérience au Parlement, vous savez que les minutes sont toujours trop courtes...

La Présidente (Mme Cardinal): Oui, vraiment trop courtes.

M. Trudel: ...lorsqu'il s'agit d'examiner...

La Présidente (Mme Cardinal): Ça passe très vite.

M. Trudel: ...l'utilisation des fonds publics.

(Consultation)

M. Trudel: Ma question, Mme la ministre: d'abord — et soit les responsables du Centre ou les responsables administratifs peuvent nous l'indiquer — il y a une augmentation de 4 400 000 \$ prévue au budget pour la recherche en santé au Québec; est-ce qu'on peut

avoir ce que je pourrais appeler la ventilation par rapport à la recherche en matière sociale?

Mme Robillard: Alors, au total, vous voyez, au budget 1994-1995, une augmentation de 5 600 000 \$. Il y a 4 000 000 \$ reliés directement à notre politique de santé et bien-être, dont 2 000 000 \$ au Fonds de la recherche en santé du Québec, 1 800 000 \$ au Conseil québécois de la recherche sociale et 200 000 \$ au Conseil d'évaluation des technologies. Et, en plus de ça, nous avons une augmentation de 1 600 000 \$ pour du développement qui est relié à de la construction au CHUL, à l'Institut de recherches cliniques de Montréal et à Notre-Dame.

M. Trudel: Sur les 4 000 000 \$, est-ce que vous avez la ventilation pour ce qui serait affecté à la recherche au Conseil québécois de la recherche sociale? J'ai été inattentif peut-être quelques secondes, là.

Mme Robillard: 1 800 000 \$.

M. Trudel: 1 800 000 \$ sur les 4 000 000 \$?

Une voix: Oui.

M. Trudel: Bon, d'accord. Et vous mentionnez, Mme la ministre, que cette augmentation-là et l'ensemble, bien sûr, des sommes qui sont prévues au Fonds de la recherche en santé du Québec, 50 500 000 \$, c'est relié aux objectifs de la politique de santé et bien-être du Québec.

Recherche sur le cancer de la prostate reconnue comme priorité

Je vais vous dire, je vous ai demandé, Mme la ministre, d'interroger particulièrement le Fonds de la recherche en santé du Québec parce qu'il y a une situation problématique, en termes d'informations qui circulent dans le réseau, et qui peut causer un certain nombre de problèmes quant à la nomination et aux activités du nouveau directeur du Fonds de la recherche en santé du Québec, le Dr Labrie. Et je veux profiter de la commission parlementaire pour tenter, à tout le moins, d'éclaircir cette situation.

Écoutez, il y a un certain nombre d'informations qui ont été publiées dans les journaux, dans un certain nombre de journaux, des lettres ouvertes qui ont paru à l'effet que, tel que vous venez de le mentionner, dans les objectifs de santé publiés par le gouvernement, l'objectif no 9 concerne le problème de la lutte au cancer. Alors, il est bien indiqué, au niveau de cette politique, que de toutes les formes de décès par cancer, c'est le cancer du poumon qui domine très nettement chez les hommes, devant le cancer du colon-rectum. Chez les femmes, bien sûr, c'est le cancer du sein qui occupe la première place, devançant légèrement les cancers du poumon et du colon-rectum.

Et, pourtant, lorsqu'on regarde les priorités de recherche qui ont été publiées pour les chercheurs, pour le programme de bourses et de subventions du Fonds de la recherche en santé du Québec... Et certainement que le Dr Labrie, évidemment, puisque c'est sa responsabilité, connaît bien ce programme-là. Compte tenu des activités scientifiques, compte tenu de l'immense activité qu'a conduite le Dr Labrie au cours des dernières années en matière de recherche sur le cancer de la prostate, comment se fait-il que soit apparue, à la page 9 des priorités de développement des activités de recherche, une priorité en ce qui concerne le cancer sous ses diverses formes, mais, notamment, donc, le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer de la prostate? C'est la première fois qu'on entend parler de ça comme priorité à l'intérieur des objectifs de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, j'aimerais avoir l'explication, parce qu'il y a un bon nombre de questions et le Dr Labrie est parfaitement au courant, j'imagine, de cette situation-là. Autant en profiter pour éclaircir la situation, si tant est, parce qu'il m'apparaît qu'il y a une situation à éclaircir à cet égard-là. Alors, comment se fait-il que cette priorité-là soit apparue, en termes de priorité d'attribution des bourses et des subventions dans le prospectus «Programme de bourses et de subventions pour 1994-1995» du Fonds de la recherche en santé du Québec?

Mme Robillard: Mme la Présidente, je vais demander au directeur du FRSQ, du Fonds de la recherche en santé du Québec, le Dr Labrie, de répondre à la question.

La Présidente (Mme Cardinal): Dr Labrie, s'il vous plaît.
(22 heures)

M. Labrie (Fernand): D'un côté, je ne suis pas malheureux que vous posiez la question, parce que les priorités qui ont été établies, au niveau du ministère, pour la politique de santé et bien-être sont des priorités qui sont reliées — ce n'est pas une invention — aux problèmes majeurs de santé des Québécois, au point de vue normes, au point de vue impact financier, également, et cette liste-là est établie en consultation avec les chercheurs du Québec. Et ce n'était pas une liste qui était exhaustive; c'est une liste qui a été établie dans des circonstances particulières, pendant une période de temps limitée, mais qui ne couvrirait pas tout et qui laissait au FRSQ le loisir de modifier, si légèrement soit-il, les priorités. Et il appert que la politique de financement du FRSQ, qui est surtout une politique d'infrastructures, est vraiment alignée avec la politique de santé et bien-être.

Dans le domaine du cancer, vous avez bien mentionné que le cancer le plus fréquent, chez la femme, c'est le cancer du sein. Mais, comme par hasard, vous savez — peut-être pour vous informer, M. le député de Rouyn-Noranda — que le cancer le plus fréquent, chez l'homme, c'est le cancer de la prostate et le cancer du

poumon, qui couvre les deux sexes. Mais le cancer le plus fréquent de tous les cancers, actuellement, c'est le cancer de la prostate. Ce n'est pas parce que je travaille sur le cancer de la prostate, ce n'est pas parce qu'il y a des fonds, de façon importante, qui vont aller dans ce domaine-là, mais le but des réseaux qui sont établis à la FRSQ, au Québec, c'est de rendre le Québec plus compétitif dans tous les domaines qui sont importants. Donc, on a établi, dans l'année en cours, six réseaux qui couvrent les problèmes de santé et bien-être, qui sont la santé mentale, qui est bien reconnue par tous, la génétique, adaptation-réadaptation, maladies cardiovasculaires, et ça réunit vraiment, pour la première fois, tous les chercheurs ensemble.

Dans le domaine du cancer — puis ce ne sont pas des montants qui sont énormes, il y a probablement 300 000 \$ pour tout le réseau du cancer — ça va être une infrastructure pour permettre aux gens de travailler ensemble, et la prostate a été indiquée dans ça comme étant, de fait, le cancer le plus important chez l'homme, qu'on ne peut pas laisser de côté. Ce n'est pas le président qui décide, pour vous informer. Au conseil d'administration du FRSQ, c'est très démocratique, au moins autant qu'ici. C'est le conseil d'administration qui décide, et ce n'est pas une décision, c'est une réalité, c'est un fait: le cancer de la prostate, c'est le cancer le plus important. Est-ce qu'on va laisser mourir les hommes plus que les femmes? Il y a 48 000 femmes qui meurent du cancer du sein aux États-Unis par année et il y a 36 000 hommes, donc c'est 80 %. Ce n'est pas un problème négligeable. Ce n'est pas une invention du conseil d'administration du FRSQ; c'est une réalité avec laquelle il faut vivre. C'est pour les deux sexes, homme et femme, et il ne faut pas en oublier un si on peut le faire.

La Présidente (Mme Cardinal): Le temps...

M. Labrie (Fernand): Et ça ne représente pas des montants extraordinaires, Mme la Présidente. Ce sont des montants qui sont limités, mais, comme tout le reste du FRSQ, c'est une infrastructure. Ça va permettre aux gens de travailler ensemble pour la première fois, pour se rendre plus forts et plus compétitifs. Je vous rappelle que 1 \$ au FRSQ, ça rapporte, de subventions qui viennent de l'extérieur, 4 \$ du dollar. Donc, ça s'applique à tous les domaines qui couvrent la recherche en santé, pas plus quand c'est la prostate que les autres.

La Présidente (Mme Cardinal): Merci. Le temps alloué étant terminé, je vous demanderais l'autorisation de poursuivre pour une dizaine de minutes, si les membres de la commission sont d'accord.

M. Cusano: On va certainement consentir à 10 minutes de bonnes questions.

La Présidente (Mme Cardinal): Bon, voilà. Alors, si vous voulez poursuivre.

M. Trudel: C'est parce que j'avais, Dr Labrie, un certain nombre de questions sur les statistiques qui m'étaient transmises quant au nombre de décès, à la mortalité par cancer du sein ou cancer de la prostate. Vous avez raison de le souligner, au niveau du cancer du sein, c'est un fléau absolument terrifiant, mais, par exemple, pour les personnes de 35 à 39 ans, on aurait, sur une population de 3200 hommes, deux décès reliés au cancer de la prostate, puis 40 reliés au cancer du sein. Chez la catégorie des 40-44 ans, on n'a eu aucun décès relié au cancer de la prostate, mais 73 du cancer du sein; 45 à 49 ans, deux décès dus au cancer de la prostate et 83 du côté du cancer du sein. Juste pour illustrer que ça me semble disproportionné qu'on introduise une priorité de recherche sur le cancer de la prostate quant au nombre de personnes touchées, décédées par rapport à ce que ça signifie en comparaison chez les femmes au niveau du cancer du sein. Ça me semble assez disproportionné.

Et, Dr Labrie, vous savez très bien que ma question... Puis je ne veux pas laisser de doutes quant à ce qui pourrait sous-tendre cette question-là, soyons clairs. Vous avez conduit un grand nombre de travaux reliés au cancer de la prostate, à la mise sur pied d'un test de dépistage, en particulier. Est-ce que vous pouvez, Dr Labrie — et je la pose très carrément, ma question — nous dire qu'il n'y a aucune relation entre l'apparition de cette priorité-là au Fonds de la recherche en santé du Québec et votre réseau d'où vous êtes issu? Vous êtes un scientifique reconnu au Québec, vous avez une carrière largement reconnue et, par ailleurs, vous avez aussi, nous informe-t-on, des investissements dans des entreprises. Est-ce que vous pouvez nous assurer qu'il n'y a pas l'ombre d'un dixième d'un quart de conflit d'intérêts par rapport à l'apparition, ici, de cette priorité au niveau de la recherche au Québec et qu'il n'y a pas de relation que nous puissions faire entre les travaux que vous avez déjà conduits, les résultats de votre carrière et le rôle que vous jouez au niveau du Fonds de la recherche en santé du Québec?

M. Labrie (Fernand): Il n'y a aucune relation entre ça. D'abord, pour corriger les chiffres, c'est très important, au point de vue décès: cancers du sein, 46 000 par année; cancers de la prostate, 38 000. Donc, c'est bien clair, là. Si vous prenez l'âge entre 20 et 25 ans, il n'en meurt pas beaucoup, mais, si on prend les hommes, dans l'ensemble, c'est 80 % des hommes qui meurent du cancer de la prostate comparativement au cancer du sein. Donc, c'est vraiment une priorité, c'est vraiment un fléau presque aussi important que le cancer du sein. Et la recherche dans le domaine du cancer de la prostate a été presque complètement négligeable jusqu'à maintenant. D'ailleurs, à Ottawa, on tente de corriger ça; aux États-Unis, on tente de le corriger aussi. C'est un peu à travers le monde qu'on se réveille au problème du cancer de la prostate.

Donc, ça, c'est des chiffres qui sont là; donc, ça n'a rien à faire avec moi. Évidemment, je connais le

domaine du cancer de la prostate, mais il n'y a pas de relation de conflit d'intérêts dans ça. L'argent qui va être donné à ça, c'est pour l'infrastructure. Il n'y aura même pas de travail de recherche; c'est de l'infrastructure pour que les gens travaillent ensemble. Donc, ça, ce sont les priorités, tant et aussi longtemps que c'est accepté par les comités de pairs. Donc, ma recherche, moi, elle est complètement indépendante de ça. Je n'en retire strictement rien. Mais, d'un autre côté, je pense qu'il y a une responsabilité de faire connaître de façon objective où sont les problèmes et où les chercheurs du Québec peuvent contribuer. Et si, dans le domaine de la prostate, on a vraiment percé à travers le monde, bien, ça, il ne faut pas se le cacher, non plus; il ne faut pas reculer en arrière, puis dire qu'on n'a rien fait, non plus. Je pense que ce que l'on connaît, on doit s'en servir, quand on le connaît.

Il y a beaucoup d'autres réseaux au FRSQ qui vont être mis sur pied l'an prochain et avec beaucoup plus d'argent que ceux dont on parle. Le cancer, c'est à peu près 300 000 \$, ce qui n'est rien pour un domaine aussi sérieux que ça, et ça comprend le sein et le poumon. Donc, pour la prostate, s'il y a quelque chose, il n'y aura quand même pas grand-chose. Il va y avoir un réseau sur le bucco-dentaire qui va être mis sur pied l'an prochain. Il va y avoir un réseau en santé environnementale qui va être mis sur pied, parce que le conseil d'administration a décidé que c'était important, et très probablement aussi un réseau en gériatrie et gérontologie. Il y a un réseau en éthique clinique et également un réseau possiblement dans le domaine de la vision. Donc, le conseil d'administration du FRSQ, face aux problèmes de santé qui se présentent, décide, selon les compétences qui sont disponibles au Québec également, d'investir ou de supporter ou d'encourager l'établissement de ces réseaux-là et ces gens-là à travailler ensemble.

Et il ne faut pas se fier, non plus, à des racontars de gens qui font des suppositions. Je pense qu'il faut se fier aux faits, ce qui est beaucoup plus important que des articles de journaux qui sont non fondés et qui ne sont basés sur aucune science et aucune vérification. Dans le domaine politique, vous êtes habitués, d'ailleurs, à voir des articles qui sont écrits, et ce n'est pas toujours que les choses se vérifient.

M. Trudel: Bien, voilà pourquoi je voulais poser un certain nombre de questions, même si, malheureusement, c'est... Le temps étant tellement restreint, j'espère qu'on ne cause pas plus de dommages que les avantages qu'on en retire à poser des questions dans ce temps restreint là, mais je voulais avoir des éclaircissements. Et je souhaite que, par rapport à ces informations qui circulent, toutes les réponses soient données, parce qu'il y a un bon nombre de questions, même si, dans le domaine de la recherche, je sais bien, il est difficile de déterminer, en termes de priorités, là où ça doit commencer et là où ça doit se terminer. C'est un domaine extrêmement difficile.

Et on ne peut pas terminer là-dessus, Mme la ministre, sans vous demander...

Mme Robillard: Oui.

M. Trudel: ...si la question de fusionner les deux fonds, du Conseil québécois de la recherche sociale et du FRSQ, ça, c'est du passé. Parce que, Mme la ministre, l'an passé, j'avais eu l'occasion de poser la question à l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, qui avait indiqué qu'il y avait effectivement des études qui étaient entreprises. Alors, est-ce que, pour vous, cette question-là est passée aux oubliettes, la question de fusionner les deux fonds, le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale?

Mme Robillard: Mme la Présidente, j'aurais tellement peur que le FRSQ — qu'est-ce que je pourrais dire — mange littéralement ou dévore tout le domaine de la recherche sociale où nous avons à faire un rattrapage significatif au Québec. On l'a commencé, on a investi de façon plus importante, cette année, au niveau du CQRS, mais, dans tout le domaine de la recherche sociale, on a des pas énormes à faire. Il s'agit de parler aux intervenants et aux intervenantes sur le terrain pour savoir comment ils ont besoin d'avoir des résultats de recherche en la matière pour réorienter leur pratique. Alors, jamais je ne vais prendre ce risque-là.

La Présidente (Mme Cardinal): Alors, compte tenu de l'heure, Mme la ministre, nous ajournons nos travaux sine die. Alors, bonsoir et merci.

(Fin de la séance à 22 h 10)