



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le mardi 12 juin 2007 — Vol. 40 N° 6**

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

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

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

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

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 12 juin 2007 — Vol. 40 N° 6

### Table des matières

Santé	1
Remarques préliminaires	1
M. Philippe Couillard	1
M. Éric Caire	4
M. Bernard Drainville	5
Discussion générale	7
Mode d'allocation budgétaire du réseau de la santé	7
Mise en application du mode d'allocation budgétaire par épisodes de soins	8
Impact du mode d'allocation budgétaire sur les recommandations du Groupe de travail sur le financement du système de santé	8
Mise en application du mode d'allocation budgétaire par épisodes de soins (suite)	9
Impact du mode d'allocation budgétaire sur les recommandations du Groupe de travail sur le financement du système de santé (suite)	9
Niveau du déficit du réseau de la santé	9
Intentions concernant l'adoption d'indicateurs de performance dans la gestion des hôpitaux	9
Portion du budget consacrée au personnel soignant et au personnel administratif	10
Utilité des agences de la santé et des services sociaux	11
Nombre d'unités de débordement	12
Caractère et nombre de lits des unités de débordement	14
Comptabilisation des patients traités dans les unités de débordement	14
Diffusion des statistiques sur l'utilisation des unités de débordement	15
Mesures envisagées pour soutenir les services d'urgence en difficulté	15
Obligation d'appliquer le <i>Guide de gestion de l'urgence</i>	17
Bilan des actions entreprises depuis 2003 pour améliorer la situation des services d'urgence	17
Mesures adoptées pour combler la pénurie de médecins et améliorer l'accès à un médecin de famille	19
Intentions concernant une diminution du nombre d'agences de la santé et des services sociaux	20
Causes du déficit du réseau de la santé	21
Pouvoir de sanction du ministre en cas de sous-performance de gestionnaires d'hôpital	22
Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine	
Calendrier de réalisation	24
Estimation des coûts de réalisation	25
Moment prévu de la fin des travaux du CHUM et du CUSM	25
Estimation des coûts des délais supplémentaires de réalisation	25
Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine	
Estimation des coûts de réalisation (suite)	26
Mécanisme de garantie d'accès à des interventions chirurgicales ciblées	
Résultats attendus	27
Suivi de la mise en application	28
Stratégie de promotion de saines habitudes de vie	29
Mise en oeuvre d'une politique de diminution du nombre de lits dans les CHSLD	30
Financement des soins à domicile dispensés par les CLSC par suite de la fermeture de lits de CHSLD	31
Groupe de travail sur le financement du système de santé	
Budget prévu	31
Composition	32
Mandat	32
Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine (suite)	
Scénarios de dépassement des coûts de réalisation	33
Date prévue de la fin des travaux de construction	35
Scénarios de dépassement des coûts de réalisation (suite)	35
Plan d'action visant à améliorer la qualité des soins de santé en Outaouais	37
Processus d'élaboration du plan d'action	38
Actions entreprises pour favoriser la reconnaissance du diplôme de médecins diplômés hors Canada et États-Unis	38
Augmentation du nombre d'admissions au programme de techniciens ambulanciers	40

## Table des matières (suite)

Intentions concernant le déploiement en province d'ambulanciers paramédicaux	40
Investissements requis pour valoriser la profession d'ambulancier paramédical	41
Faisabilité d'un projet pilote d'ambulanciers paramédicaux dans la ville de Québec	42
Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine (suite)	
Sommes investies à ce jour	43
Diffusion des études réalisées à ce jour	43
Estimation du coût des études à venir	44
Budget de fonctionnement du bureau du directeur exécutif	44
Moment prévu du dépôt des documents afférents non confidentiels	44
Engagement du gouvernement fédéral concernant le financement	45
Création d'un fonds pancanadien pour les hôpitaux pédiatriques	46
Ressources nécessaires à l'encadrement des médecins résidents diplômés hors Canada et États-Unis	47
Changements envisagés aux permis restrictifs de médecins diplômés hors Canada et États-Unis	48
Mode de fonctionnement du programme Recrutement Santé Québec	49
Mesures visant à augmenter l'effectif du personnel infirmier	49
Stratégie de renouvellement du personnel professionnel du domaine de la santé	50
Plan d'action visant à combler la pénurie d'effectif dans les services préhospitaliers	50
Intentions concernant la bonification des conditions de travail dans les services préhospitaliers	50
Mise à niveau des équipements des services ambulanciers de la région de Québec	51
Analyse coût-efficacité des services de premiers répondants	51
Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine (suite)	
Scénario envisagé en cas de sous-financement par les fondations	52
Entente concernant la complémentarité des spécialités et des surspécialités	53
Scénario d'élimination d'un mégahôpital en raison de l'explosion des coûts	53
Bilan du système de surveillance des infections nosocomiales	54
Statistiques actualisées sur l'effectif médical	56
Ajustement des ressources au nombre d'étudiants admis en médecine	57
Ventilation de l'augmentation des ressources	57
Sommes consacrées à l'encadrement des médecins résidents	58
Plan d'action pour inciter les diplômés à effectuer leur programme de résidence au Québec	58
Réglementation concernant la retraite progressive des médecins	59
Mesures adoptées pour éviter les ruptures de services médicaux dans les urgences pendant l'été	60
Nombre de médecins effectuant du dépannage pendant l'été	61
Niveau de financement des soins à domicile	61
Ventilation des crédits additionnés au budget à la suite d'une entente avec le deuxième groupe d'opposition	62
Nombre de médecins effectuant du dépannage pendant l'été (suite)	63
Actions entreprises pour améliorer la qualité du parc immobilier de CHSLD	64
Projets novateurs pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie	65
Fonctionnement et bilan du programme de visites d'appréciation des CHSLD	66
Comparaison des taux d'intégration de médecins étrangers au Québec et ailleurs au Canada	67
Motifs de refus de postes de résidence disponibles à des médecins formés hors Canada et États-Unis	68
Mesures envisagées pour combler la pénurie de médecins de famille	71
Rythme d'intégration des infirmières praticiennes spécialisées	73
Processus de certification obligatoire des résidences privées pour personnes âgées	74
Bilan de la mise en oeuvre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010	76
Possibilité d'exercer la médecine à temps partiel	78
Causes du pourcentage élevé d'infirmières à temps partiel	78
Plan d'action concernant la réorganisation des soins infirmiers	79

## Table des matières (suite)

Projet pilote de bonification salariale en Outaouais	79
Infirmières praticiennes de première ligne	
Nombre prévu	80
Secteurs de pratique priorités	81
Niveau de rémunération après le bac et le D.E.C.	81
Médecins spécialistes	
Projet de loi abrogeant la Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes	82
État de la médiation	82
Médecins omnipraticiens	
État des négociations	83
Prise en charge et suivi de la clientèle vulnérable	83
Dons d'organes	
Statistiques et plan d'action	84
État de la situation dans le monde	85
Niveau de transplantations réalisées en regard des consentements	86
Plan de réorganisation du travail du personnel infirmier des unités spécialisées	86
Problème des heures supplémentaires obligatoires	88
Amélioration du niveau d'efficacité du système par le respect des compétences	88
Règles de rémunération des heures supplémentaires du personnel infirmier	89
Programme Soutien aux organismes communautaires	
Niveau de priorité accordé	90
Crédits alloués	91
Respect du principe de l'équité interrégionale	91
Augmentation totale du financement	92
État du projet d'informatisation du réseau de la santé	92
Différences avec le projet de carte santé à microprocesseur	94

### Autres intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Gerry Sklavounos

M. Yvon Marcoux

Mme Lucie Charlebois

M. Norman MacMillan

Mme Lise Thériault

\* M. Roger Paquet, ministère de la Santé et des Services sociaux

\* Témoin interrogé par les membres de la commission

**Note de l'éditeur:** Les crédits du volet Promotion et développement de la Capitale-Nationale du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été étudiés à la Commission de l'aménagement du territoire le 15 juin 2007.

Le mardi 12 juin 2007 — Vol. 40 N° 6

**Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (1): volet Santé***(Onze heures quatorze minutes)***M. Philippe Couillard**

**Le Président (M. Kelley):** Bonjour, tout le monde. Je constate le quorum des membres de la Commission des affaires sociales, donc je déclare la séance ouverte.

Je vais rappeler le mandat de la commission: la commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2007-2008. Une enveloppe totale de 15 heures consécutives a été allouée pour l'étude des programmes relatifs à ce volet, soit le programme n° 1, intitulé Fonctions nationales, le programme n° 2, intitulé Fonctions régionales, à l'exception du troisième élément, intitulé Organismes communautaires et autres organismes, et le programme n° 4, intitulé Régie de l'assurance maladie du Québec. Nous allons discuter de ces programmes pendant neuf heures aujourd'hui, soit de 11 heures à 13 heures, 15 à 18 et 20 à 24 heures. Demain, nous poursuivrons l'étude de ces crédits de 15 à 18 et 20 à 23 heures. Prenez note que le volet Services sociaux de ce ministère sera étudié lundi le 18 juin.

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

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Thériault (Anjou) remplace M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce); M. Marcoux (Vaudreuil) remplace M. Reid (Orford); Mme Charlebois (Soulanges) remplace Mme Vallée (Gatineau).

**Santé**

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ce matin, on va commencer avec les remarques préliminaires. Tout le monde a le droit, à la fois l'opposition officielle, le deuxième parti de l'opposition et le ministre, a le droit à 15 minutes de remarques préliminaires. Après ça, on va commencer les échanges selon la formule qu'on a trouvée dans la décision du président de l'Assemblée nationale, c'est-à-dire 35 % des questions sont réservées pour les députés à ma droite et le 65 % est divisé entre l'opposition officielle et le deuxième parti de l'opposition sur une formule 53-47. Et, si ce n'est pas assez compliqué pour tout le monde, je veux vous assurer qu'on a les personnes ici, il y a des chronomètres partout, pour s'assurer que le droit de parole des parlementaires soit respecté.

Qu'est-ce que je propose ce matin? On va faire les remarques préliminaires, et il y aura un bloc pour chacune des formations d'ici 13 heures. Et, cet après-midi, procéder plus ou moins avec les blocs de 15 minutes. Ça va nous donner 12 blocs dans l'après-midi, entre 15 et 18.

**Remarques préliminaires**

Alors, sans plus tarder, je vais céder la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le ministre, la parole est à vous.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Je voudrais d'abord vous saluer à nouveau comme président de la Commission des affaires sociales de même que mes collègues de l'Assemblée nationale, les collègues ministériels mais également le critique de l'opposition officielle de même que le critique du deuxième parti d'opposition et son collègue qui l'accompagne aujourd'hui. Je ne doute pas que nous aurons des échanges productifs et pleins d'informations pour les citoyens qui nous écoutent.

Je voudrais brièvement vous présenter, à ma droite, M. Roger Paquet, qui est le sous-ministre en titre du ministère de la Santé et des Services sociaux, et, à ma gauche, Cathy Rouleau, qui est ma directrice de cabinet. Une petite information double sur Mme Rouleau: ce sont ses septièmes crédits de la Santé, deux comme adjointe à l'opposition et cinq pour le gouvernement. Donc, c'est probablement une de celles qui a la plus vaste expérience, mis à part les fonctionnaires bien sûr, de l'étude des crédits de la Santé et des Services sociaux. Et en plus, en primeur, M. le Président, c'est son anniversaire aujourd'hui, alors je pense qu'on devrait le souligner.

**Des voix: ...**

**Le Président (M. Kelley):** Happy birthday!

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, l'étude des crédits budgétaires est un moment important et privilégié de la vie parlementaire parce qu'il nous porte à la jonction de l'Exécutif et du législatif. C'est l'occasion pour le gouvernement de présenter, documenter, étayer et justifier ses choix politiques, lesquels bien sûr sont en relation avec des choix budgétaires, une démarche d'autant plus importante en contexte de gouvernement minoritaire, comme ont montré récemment les discussions sur le budget qui a finalement été adopté par l'Assemblée nationale. D'ailleurs, ces discussions ont amené des crédits supplémentaires de 60 millions de dollars en santé, sommes qui seront les bienvenues dans le réseau. On aura l'occasion de discuter de ces crédits supplémentaires, je crois, M. le Président, dans une session ajoutée à notre horaire.

Alors, ceci va s'ajouter aux crédits initialement annoncés de 23 788 000 000 \$ pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, pour l'année 2007-2008, auxquels vont s'ajouter bien sûr les crédits de la Capitale-Nationale, que nous n'étudierons pas dans le cadre de cette commission mais qui sont regroupés dans les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, étant donné le fait que j'en suis le titulaire. Ça représente presque 6 milliards ajoutés depuis 2003. Ça représente actuellement 44 % des budgets de dépenses du gouvernement, et les deux tiers des ajouts budgétaires de cette année encore une fois vont à la Santé et aux Services sociaux. Il y a certainement une forte pression sur le gouvernement, la société et les contribuables, d'où la nécessité de poursuivre

la réflexion sur le financement à long terme. Je ne doute pas qu'on aura là-dessus des discussions très intéressantes avec les collègues des deux partis d'opposition.

Du côté des immobilisations, nous réaffirmons, nous l'avons fait hier encore, une volonté ferme de maintenir et de renouveler les infrastructures, maintenir les actifs, entretenir, rénover nos établissements et bien sûr construire des nouvelles installations. On a multiplié par six le montant consacré au maintien d'actif depuis notre arrivée, qui nous amène à près de 250 millions, alors qu'il était à 40 millions en 2003, ce qui nous amène à la valeur de remplacement de 2 % de la valeur de remplacement des immeubles, ce qui est conforme à la norme habituellement et internationalement reconnue dans le passé. Et je mentionne que, chaque fois que nous faisons des nouvelles installations dans le réseau de la santé, nous pourvoyons les budgets de fonctionnement de ces installations, ce qui, avouons-le, n'a pas toujours été le cas dans le passé.

● (11 h 20) ●

Dans le domaine de l'informatisation du réseau, il y a un développement majeur qui consiste en le projet en collaboration avec l'Inforoute Santé Canada, un investissement de 562 millions de dollars sur quatre ans: on veut faire un renouvellement des équipements médicaux sur un horizon de 10 ans. Je pense que c'est important, comme message, pour les équipes médicales dans les hôpitaux: le maintien d'actif maintenant touche également les équipements médicaux. Toutes ces dépenses d'immobilisation sont nécessaires pour garantir la qualité, l'accessibilité et la sécurité des soins, en fait sont indispensables, et il n'y a personne d'autre que le gouvernement qui va le faire, ce qui veut dire qu'effectivement il faut ajouter des sommes sur la dette. On aura l'occasion d'en parler avec l'opposition officielle.

À nouveau, cette année, nous rencontrons l'augmentation normale des coûts de système, les hausses de salaire, les coûts de l'énergie, et également les coûts de système qu'on appelle spécifiques ou propres à la santé, en lien avec les changements démographiques, les technologies, etc. Et encore une fois c'est quelque chose qui ne s'est pas toujours fait, d'où la pression qui était intenable sur les établissements et une tendance au déficit.

Comme chaque année depuis 2003, il y a aussi d'importants budgets de développement, qui se traduisent sur le terrain et au quotidien, et pour les gens et les citoyens du Québec, par des services accrus: 158 millions à même les crédits initiaux et 60 millions qui s'ajoutent suite à l'accord avec le deuxième parti d'opposition, donc pour 218 millions de dollars, sur une base annuelle, de nouveaux services.

Les réinvestissements sont ciblés dans un certain nombre de domaines prioritaires où leurs répercussions seront rapidement perceptibles par les concitoyens et les concitoyennes. D'abord, les personnes âgées en perte d'autonomie recevront, pour la mise en place du plan d'action gouvernemental, 95 millions de dollars de plus sur une base annuelle, et on vient donc soutenir l'implantation du plan d'action lancé en 2005. On veut bien sûr, à travers ce plan d'action, favoriser la transition entre le modèle actuel, plutôt orienté vers l'institution, vers un nouveau modèle axé sur les services dans la communauté. La majeure partie des 95 millions sera allouée de façon à favoriser le maintien dans la communauté, notamment

à domicile, l'aide aux proches aidants, le soutien communautaire, le développement de places d'hébergement non institutionnelles et bien sûr l'intensification des services dans les CHSLD, pour prendre en compte l'alourdissement des besoins des personnes qui sont hébergées.

Les personnes handicapées, il en a été question il y a quelques jours, reçoivent un ajout de 40 millions de dollars, que nous avons annoncé, je pense, il y a à peine quelques heures. Ils nous avaient eux-mêmes mis au défi de leur proposer une stratégie d'amélioration de l'accès aux services de réadaptation, lorsque nous discutons de la question des services de santé. Ça nous amène, avec les 65 millions déjà investis depuis 2003, à un réinvestissement cumulatif supérieur à 100 millions en réadaptation, ce qui est un précédent, M. le Président.

Alors, 24 millions de dollars des nouvelles sommes seront offerts dans les centres de réadaptation, avec un accent important sur les enfants et les jeunes, 15 millions en déficience physique, 9 millions en déficience intellectuelle et pour les troubles envahissants du développement, 10 millions de dollars pour les services de soutien à domicile et dans la communauté ainsi que pour le soutien aux familles, 5 millions de dollars pour bonifier le système du chèque emploi-services, ce qui va permettre aux personnes handicapées de rehausser à 10 \$ l'heure le salaire de leurs employés rétroactivement au 1er avril dernier, ce qui est une demande importante du milieu associatif. Le taux est actuellement trop bas, trop variable selon les régions, d'où le roulement de personnel excessif et la difficulté de trouver des gens pour accomplir ces tâches. Nous avons la volonté d'ajouter 5 millions de plus l'an prochain, ce qui va nous permettre de faire faire un autre bond au chèque emploi-services et de faciliter le recrutement et la rétention de personnel. Il y a, à même le budget de la réadaptation, 1 million de dollars pour le développement de l'expertise, la recherche et l'évaluation, donc pour arriver au total de 40 millions.

Pour les jeunes en difficulté et leurs familles, en cette année où nous mettons en place la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse, 30 millions de dollars supplémentaires, ce qui va nous permettre donc de confirmer son entrée en vigueur le 9 juillet prochain. Les sommes nouvelles seront notamment dédiées à la consolidation des services de première ligne en CLSC, aux services offerts en centre jeunesse ainsi qu'à l'hébergement communautaire jeunesse.

Nous avons également abordé, à même les développements de nouveaux services, l'aide aux femmes victimes de violence. On se souviendra que nous avons pris un engagement en 2003, nous le remplissons avec l'annonce du budget, M. le Président: 13 millions de dollars supplémentaires et également le soutien accru pour les centres de femmes. Par ricochet, bien sûr, ces sommes vont également profiter aux enfants de ces femmes, souvent témoins et écorchés par les situations de violence dont ils sont témoins, dont la vulnérabilité est évidemment très grande.

La santé mentale reçoit 15 millions de dollars de budget supplémentaire, et on sait que là également il y a un plan d'action qui oriente de façon déterminée les services vers la première ligne, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et des expériences menées au Québec et au Canada. Il y a deux ans que nous lançons ce plan d'action. Depuis 2005, les équipes de santé mentale de première ligne ont vu le jour dans toutes les

régions, sauf à Montréal, où les travaux de concertation vont bon train, travaux que nous voudrions voir s'accélérer, aujourd'hui, pour la mise en place de ces équipes.

Il y a de nouveaux efforts pour lutter contre le suicide. Le taux est à la baisse depuis deux ans. On s'en réjouit mais sans relâcher l'attention et en se rendant compte que ça demeure un problème majeur de notre société, auquel le réseau de la santé doit apporter de l'aide et des solutions concrètes. On pourra donc continuer le travail entamé sur ce front, en particulier en développant des projets pilotes dans six régions du Québec, ce qui permettra de repérer des approches efficaces auprès des individus à très haut risque suicidaire. Nous avons également prévu d'élaborer un registre du suicide en collaboration avec mon collègue le ministre de la Sécurité publique et de procéder à une grande campagne nationale d'intervention en septembre prochain.

Pour les urgences, dont il est question au cours des derniers jours, 15 millions de dollars supplémentaires pour consolider le travail déjà entamé, faire face à l'accroissement constant de la demande de soins et également arriver avec de nouvelles solutions, dont la mise en place de lits de convalescence pour que les patients puissent quitter l'hôpital de soins aigus plus rapidement, à partir du moment où elles n'ont pas besoin de soins aigus, mais plutôt d'un suivi plus léger. Ce nombre de places en convalescence devrait atteindre 300 en cours d'année.

Ça, c'est pour l'aval des services, ce qui se produit après les traitements à l'hôpital, mais il faut également parler de l'amont, ce qui se produit avant l'hôpital. Une première ligne médicale plus forte, plus accessible peut ainsi réduire la pression sur les urgences en évitant les visites inutiles. M. le Président, on avait déjà mentionné, dans des discussions avec le député de... Marie-Victorin — je m'excuse, je n'étais pas certain de la circonscription au dernier moment — que nous allions ajouter 10 millions de dollars de plus pour la première ligne, non seulement pour les groupes de médecine de famille dont nous accréditons toutes les candidatures — encore trois accréditées au cours des derniers jours — mais également d'autres formules, comme les cliniques-réseaux et d'autres formules nouvelles que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec voudrait explorer avec nous de façon à mettre en réseau les médecins de famille, à les mettre en lien les uns avec les autres et en lien également avec l'établissement de santé public de leur territoire.

On compte actuellement, au Québec... Le chiffre est déjà démodé. On disait 132, 134. On doit dépasser maintenant 135 groupes de médecine de famille, dont 70 % sont des cabinets privés. 1 538 médecins participent aux groupes de médecine de famille. Il y a actuellement sept projets en processus d'accréditation et près de 51 en préparation dans les régions. On se dirige donc vers le cap des 200 groupes de médecine de famille, auxquels il faut ajouter les cliniques-réseaux et les nouvelles formules qui verront le jour en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens. Voilà donc pour la répartition des budgets de développement de 218 millions dont j'ai parlé plus tôt.

Je voudrais parler, avant de conclure, de quelques développements majeurs qui découlent directement de notre travail parlementaire de la dernière année.

D'abord, le mécanisme central de gestion de l'accès en chirurgie. On sait que, le 1er juin dernier,

l'application du projet de loi n° 33 pour les dispositions relatives au mécanisme central de gestion de l'accès a été instaurée. C'est une première nationale. C'est pour ça que je parlais, plus tôt aujourd'hui, d'un élément marquant pour l'histoire du système de santé canadien et qui fera également école non seulement au Canada, mais à l'extérieur du Canada, car on sait que la gestion correcte des listes d'attente, la priorisation des malades en collaboration avec les médecins est absolument essentielle, si on veut continuer l'amélioration qu'on a mise en place depuis quelques années. Tous les hôpitaux du Québec qui ont un bloc opératoire ont maintenant un responsable de l'accès à la chirurgie, et on dispose du nouveau système informatique S-I-M-A-S-S, SIMASS, qui permet de bien capter les personnes sur les listes d'attente, d'abord pour les trois chirurgies ciblées, puis ensuite pour l'ensemble des actes médicaux spécialisés. Je pense qu'il y a lieu de rendre hommage au travail colossal entamé et à poursuivre qui a été fait dans le réseau pour centraliser, mieux gérer ces listes, standardiser également les données et agir directement sur les délais d'accès à la chirurgie.

On sait qu'on a ciblé, pour commencer, trois types de chirurgie, donc la prothèse de genou et de hanche et la chirurgie de la cataracte. Il faudra éventuellement et en cours de travaux établir des délais de traitement soit médicalement acceptables soit raisonnables pour les autres types de chirurgie, établir un mécanisme d'accès pour d'autres types de services spécialisés — je parle, par exemple, de l'imagerie, dans lequel il y a des travaux excessivement intéressants ici même, à Québec; on pourra en parler au cours des débats — et adapter le nouveau système informatique pour les autres services spécialisés qu'on voudra suivre.

Un dernier élément spécifique, toujours dans la foulée de notre travail législatif, et on en a fait un élément d'unanimité dans l'Assemblée, il y a quelques jours, c'est la promotion des saines habitudes de vie, la création du fonds de 400 millions sur 10 ans, de concert avec la Fondation Lucie-et-André-Chagnon, notamment pour soutenir des projets émanant du milieu en matière d'alimentation saine et d'activité physique. Il y a bien sûr, là, des retombées à long terme et une action décisive pour la pérennité de notre système de santé et de services sociaux.

Donc, en conclusion, M. le Président, notre univers de la santé et des services sociaux comporte bien sûr une multitude de facettes et de réalisations. On aurait pu discourir encore des heures, mais, compte tenu du temps imparti, j'ai préféré m'en tenir à ces quelques domaines de développement. Et bien sûr on aura l'occasion de continuer nos débats. Je pense qu'au-delà de nos points de vue différents sur la façon de s'y prendre, sur les interventions à prioriser et de l'ordre dans lequel les choses doivent être faites, il faut se rejoindre certainement sur l'essentiel, et je suis certain que ceci rejoint tous les membres de l'Assemblée nationale, qui est une volonté ferme d'améliorer les services offerts à nos concitoyennes et concitoyens sous l'angle de la qualité, de la continuité, de la sécurité et de l'accessibilité des services. En reprenant la phrase que j'ai lancée à plusieurs reprises cette année: Dans le réseau de la santé, des soins et des services de qualité, sécuritaires, accessibles dans des délais raisonnables partout au Québec. Merci, M. le Président.

● (11 h 30) ●

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le ministre. Maintenant, je suis prêt à céder la parole au député de La Peltrie et porte-parole de l'opposition officielle en matière de la santé. M. le député, la parole est à vous.

### M. Éric Caire

**M. Caire:** Merci, M. le Président. C'est un plaisir de siéger à nouveau sous votre présidence. La dernière fois, c'était pour l'étude du projet de loi n° 1, puis les travaux avaient avancé assez rondement. Alors, dans une seule séance de travail, on avait réussi à adopter article par article ce projet de loi là d'une grande importance, je le souligne encore, pour l'ensemble des Québécois.

Je veux évidemment saluer le ministre, la présence du sous-ministre et l'ensemble des fonctionnaires du ministère de la Santé qui se sont déplacés aujourd'hui puis je les remercie de leur présence très utile pour l'exercice auquel on se livre aujourd'hui. Saluer mes collègues de la deuxième opposition et de l'opposition officielle.

M. le Président, le ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est le ministère le plus important du gouvernement du Québec, c'est le budget le plus important du gouvernement du Québec, c'est l'effort le plus important que les contribuables du Québec font dans un domaine qui représente leur priorité. Ils ont eu l'occasion de l'exprimer à plusieurs reprises.

La démarche qu'on fait aujourd'hui m'apparaît d'une extrême importance parce que voter les crédits pour un ministère aussi important, ce n'est pas une petite affaire, ce n'est pas une petite tâche. C'est une tâche colossale à laquelle on doit se livrer avec tout le sérieux que ça requiert, au-delà des intérêts partisans, même si, comme le ministre l'a souligné, on peut avoir des visions divergentes, et je pense que c'est aussi un endroit pour exprimer ces visions divergentes là. Mais ça demeure une démarche qu'on doit faire au-delà de la partisanerie parce qu'il s'agit, pour l'opposition officielle comme pour la deuxième opposition, de faire son travail de surveillance du gouvernement, de contrôle des activités du gouvernement, de contrôle de la saine gestion du gouvernement des finances publiques.

Évidemment, quand on parle du budget du ministère de la Santé, on parle d'un peu moins que 24 milliards sur un budget de 60 milliards. On comprend l'importance de ce travail-là et du rôle extrêmement sérieux qu'on a à combler aujourd'hui. Et il ne faut pas mélanger ça avec une campagne électorale, M. le Président, ce que j'ai eu malheureusement l'occasion de constater peut-être dans d'autres commissions, où on est dans l'échange des solutions... Le rôle de l'opposition, tel que je le conçois, tel qu'il est conçu, c'est de questionner le gouvernement sur sa gestion, et le rôle du gouvernement, c'est de rendre des comptes à l'opposition et de ce fait rendre des comptes à l'ensemble de la population du Québec.

Alors, on n'est pas dans une démarche de «je ne réponds pas à votre question parce que vous ne me donnez pas la solution à votre question». Et ça, j'invite le ministre à être très prudent sur ce type de démarche là qui n'est pas très constructive. On a des questions précises à poser sur une gestion précise, sur un budget qui est extrêmement important, et on souhaite avoir des réponses précises. Et je vois qu'il y a un ensemble de gens qui sont ici pour s'assurer de la précision des réponses. Donc, M. le Président, de l'avis de l'opposition officielle, il n'y a pas

de raison que nos questions restent sans réponse ou de trouver des moyens pour que les questions restent sans réponse, et je compte sur la bonne collaboration que le ministre affiche jusqu'à date dans cette optique-là.

Les résultats, M. le Président, je pense qu'on va s'entendre, ne sont pas à la hauteur des attentes. Quand on parle d'efforts consentis, 24 milliards, 43 % du budget, c'est colossal, et je pense que les Québécois sont en droit, dans cette perspective-là, de s'attendre à un système de santé qui répond, que ce soit de la première à la dernière ligne, que ce soit dans toutes les sphères d'activité, centres hospitaliers, CHSLD, les services sociaux. C'est très vaste, on en est conscient. Il y a des problématiques qui sont très complexes, on en est conscient aussi. Mais il n'en demeure pas moins qu'on a donné une responsabilité fondamentale au gouvernement, la responsabilité de donner des services, autant des services préventifs que des services curatifs. Et là-dessus j'ouvre une parenthèse, M. le Président, parce que je pense qu'on se conscientise de plus en plus au fait que le préventif peut être un bon moyen de pallier aux déficiences du curatif, et, dans ce sens-là, le projet de loi n° 1 est un bel exemple de ce qu'on a fait et de ce qu'on ne fait peut-être pas suffisamment, M. le Président.

Ceci étant dit, on n'empêchera pas les gens d'être malades, ça va arriver un jour ou l'autre, et ça prend un système de santé qui répond à ces demandes-là. On a eu l'occasion d'en discuter avec le ministre, sur les urgences, sur les listes d'attente, sur un ensemble d'indicateurs qui sont les indicateurs de performance des citoyens du Québec qui n'ont pas évidemment l'ensemble des connaissances, l'ensemble des données que peuvent avoir les membres du gouvernement et du ministère de la Santé. Donc, pour le citoyen, son indicatif de performance, c'est son délai d'attente dans les urgences, son délai d'attente sur une liste d'attente, la qualité des soins reçus aussi, M. le Président, c'est comme ça que les Québécois évaluent leur système de santé. Et, dans ce sens-là, notre rôle est de conscientiser le gouvernement sur le fait qu'il y a des efforts qui doivent être consentis, des efforts supplémentaires qui doivent être consentis dans une perspective de saine gestion. Ça, M. le Président, c'est un autre volet que je veux aborder, qui m'apparaît fondamental, parce qu'un ministère aussi gros, un budget aussi colossal, on est bien conscient que ça peut donner l'occasion... je ne veux pas parler de dérapage, M. le Président, je veux faire attention à mes mots, parce que je suis convaincu que tous les gestionnaires du réseau prennent très au sérieux leur rôle.

Ceci étant dit, il arrive à l'occasion qu'on ait des indicateurs, là, qu'il y a des choses qui clochent. Et je reviens un peu sur un article qui est paru récemment et qui parlait de cours pour apprendre à rire. Ce n'est pas des sommes énormes, M. le Président, là, on parle de quelques milliers de dollars, ce n'est pas des sommes énormes, mais c'est le message qu'on envoie qui, lui, n'est pas très positif. Et c'est dans ce sens-là où on veut exercer une supervision dans la gestion des dépenses, parce qu'on se dit: Si un gestionnaire peut penser que cette dépense-là est cohérente, est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on ne connaît pas? Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on ne sait pas? Est-ce que les sommes sont bien gérées et est-ce que les argents qu'on investit en santé nous donnent... je ne veux pas entrer dans des mots très

techniques, mais est-ce que c'est très «coûts efficaces»? Est-ce que, pour chaque dollar, on en a pour 1 \$?

Alors, la question se pose. Et effectivement, dans notre démarche, dans notre approche pour questionner le gouvernement sur les crédits, c'est certainement un angle qu'on va aborder, M. le Président, parce que c'est clair que l'effort qu'on demande aux Québécois par le biais des taxes et des impôts, qui se traduit par le budget du ministère de la Santé, nécessite une gestion extrêmement rigoureuse de ces argents-là parce qu'il est de notre avis, à l'opposition officielle, qu'on ne peut pas demander aux Québécois un effort supplémentaire à ce qui est consenti présentement, sinon, M. le Président, dans des perspectives d'une amélioration colossale du système de la santé, et, à ce jour, les indicateurs qu'on a ne vont pas dans ce sens-là. Il y a quelques indicateurs qui indiquent des progressions, mais, de façon équivalente et même quelquefois de façon supérieure, il y a des indicateurs qui indiquent une régression.

Alors, il y a des listes d'attente, oui, qui diminuent, mais il y en a d'autres qui augmentent. À ce moment-là, M. le Président, c'est difficile de faire sur l'ensemble un bilan de progression. On a vu le palmarès des urgences. Oui, il y a des situations qui s'améliorent, mais il y a des situations de façon équivalente qui se détériorent. Alors, à partir de là, on ne peut pas faire un constat positif de cette situation-là, surtout qu'il est de notre avis que, dans les urgences, le portrait n'est peut-être pas complet. Alors, on a eu l'occasion d'en discuter avec le ministre, notamment sur les unités de débordement et sur la comptabilité qu'on fait des patients qui sont dans les unités de débordement, qui est très partielle, voire inexistante dans plusieurs domaines, ce qui ne nous donne peut-être pas un portrait global, qui nous amène aussi dans différents tracks, dépendamment des centres hospitaliers. Donc, il n'y a pas d'uniformité, et, à ce moment-là, c'est un peu complexe d'avoir un portrait qui est vraiment le portrait bien précis de la situation. C'est des éléments sur lesquels on aura sans doute l'occasion de revenir et pour lesquels on va espérer des réponses extrêmement précises, sinon un plan d'action qui sera mis de l'avant pour que ces problèmes-là trouvent des solutions.

● (11 h 40) ●

Parlant de solutions, M. le Président, sans entrer dans le débat électoral, je l'ai précisé au début de mon intervention, il nous apparaît que le système de santé, dans sa forme actuelle, est allé peut-être pas au bout de ce qu'il est capable de faire mais pas très loin, M. le Président, là. J'ai eu l'occasion, comme porte-parole en matière de santé et services sociaux, de me promener un peu partout dans le réseau, de parler avec les différentes fédérations, avec les organisations des... que ce soient les médecins, les infirmières, les auxiliaires, etc., directeur général d'hôpitaux, directeur général d'agences de santé, et de voir qu'il y a un constat, il y a un constat qui est fait, M. le Président, dans l'ensemble du réseau de la santé, c'est qu'on est à bout de souffle. On est à bout de souffle. Les médecins sont à bout de souffle, les infirmières sont à bout de souffle, les préposés sont à bout de souffle. Et les ressources financières, malgré le fait qu'elles soient colossales, demeurent quand même limitées.

Alors, il va falloir, du côté du gouvernement, à très court terme, il va falloir s'ouvrir à de nouvelles solutions. Il va falloir essayer ce qu'on n'a jamais essayé

si on veut avoir les résultats qu'on n'a jamais eus, parce qu'on ne peut pas demander aux artisans du réseau d'en faire plus et plus et plus. Quand une infirmière fait un chiffre de huit heures et qu'on lui demande de faire un chiffre, en temps supplémentaire, forcé, est-ce qu'on peut décemment demander plus à cette personne-là? La réponse à ça, M. le Président, c'est non. Et donc il va devoir y avoir des solutions. Et je pense que c'est l'occasion, dans l'étude des crédits, à travers l'administration de ce budget colossal qui est le budget du ministère de la Santé, de s'ouvrir à des pistes de solution à court terme. Et je sais que la commission Castonguay s'en vient, on aura l'occasion d'interroger le ministre là-dessus aussi. Mais à court terme je pense qu'on ne peut pas attendre toujours. Dans certains secteurs, notamment dans le secteur des urgences, M. le Président, je ne pense pas qu'on puisse se mettre en mode attente, il faut être plus proactif, et l'étude des crédits sera certainement une occasion pour nous d'interroger le ministre et de savoir de quelle façon il entend régler et résorber ces problèmes-là qui sont récurrents, M. le Président, quand ils ne sont pas en augmentation. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le député. Maintenant, je suis prêt à céder la parole au porte-parole de la santé pour le deuxième parti de l'opposition. M. le député de Marie-Victorin, la parole est à vous.

#### **M. Bernard Drainville**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. J'aimerais à mon tour saluer mes collègues députés, M. le ministre de la Santé, les collègues du premier groupe d'opposition, le député de La Peltrie en particulier, mon collègue le député de Charlevoix bien sûr, saluer également tous les fonctionnaires qui se sont déplacés pour l'étude de ces crédits, merci de votre travail. Moi et M. Gobeil à mes côtés allons tenter de faire le poids contre vous tous, et je ne parle pas, M. le Président, du poids que j'ai à perdre, bien sûr.

**Une voix:** Question délicate.

**M. Drainville:** C'est une question délicate sur laquelle nous allons passer rapidement.

M. le Président, le Parti libéral est au pouvoir depuis plus de quatre ans. Le ministre de la Santé et des Services sociaux occupe cette fonction depuis quatre ans. Et, aujourd'hui, la commission parlementaire qui vise à défendre les crédits de son ministère est un moment privilégié pour faire un bilan du travail du ministre de la Santé et plus globalement faire un portrait du bilan du gouvernement libéral en matière de santé et de services sociaux.

Je vous rappelle, M. le Président, que, durant la campagne électorale de 2003, le Parti libéral et son candidat dans le comté de Mont-Royal s'étaient engagés, entre autres, à investir davantage en santé, à éliminer l'attente, hein, il n'y aurait plus d'attente, régler également l'engorgement des urgences. Or, après plus de quatre ans, force est de constater que les résultats ne sont pas au rendez-vous malgré les efforts considérables des contribuables pour financer le réseau de santé et de services sociaux.

Je dirais même, M. le Président, que les résultats sont peu reluisants, et même inquiétants à certains chapitres. L'attente pour les chirurgies a augmenté, même si le ministre essaie, par un artifice, de réduire la liste en augmentant le délai médicalement acceptable. Les urgences débordent, on l'a vu encore une fois hier dans le quotidien *La Presse*. On en avait parlé déjà la semaine dernière lorsqu'on avait rendu publics les chiffres qui traçaient une comparaison entre le bilan au moment... enfin, en 2002-2003 et le bilan quatre ans plus tard. On voyait déjà, à ce moment-là, une très forte détérioration dans la situation de plusieurs urgences du Québec.

Le président de l'Association des médecins d'urgence du Québec déclarait, hier, qu'on en est même rendu, M. le Président, à un point où les unités de débordement débordent. Et celui-là même qui disait qu'il va falloir rapidement s'ajuster, apporter des correctifs parce que, disait-il, il n'y a aucun doute, nous allons connaître pire si on ne met pas, dès aujourd'hui, les mesures nécessaires pour pallier à cette situation, à la situation des urgences qui débordent, c'est le Dr Laurent Vanier, que je cite ici. Donc, c'est le président de l'Association des médecins d'urgence du Québec.

Le ministre de la Santé en est même rendu à blâmer les hôpitaux et les agences. Il a mentionné les agences aujourd'hui. Il leur impute la responsabilité de ce qui se passe actuellement. Je souhaiterais, M. le ministre, que vous acceptiez votre part de responsabilité dans ce qui se passe actuellement et que vous nous disiez ce que vous entendez faire pour résoudre le problème.

Ce serait très important, M. le Président, que le ministre de la Santé nous dise en fait qu'est-ce qu'il entend faire pour prendre les cas des urgences qui fonctionnent bien et faire en sorte que leurs recettes soient adoptées par les urgences qui fonctionnent moins bien. Est-ce qu'il a un plan pour nous amener dans cette direction ou est-ce qu'il va laisser à elles-mêmes les... ou à eux-mêmes, les gestionnaires des hôpitaux, est-ce qu'il entend leur apporter de l'aide, leur apporter son appui? Moi, j'ai bien hâte de l'entendre là-dessus. Est-ce qu'il va être proactif ou est-ce qu'il va pelletter ça tout simplement dans la cour des hôpitaux et des agences? J'espère qu'il va nous présenter un plan qui permettrait donc de faire en sorte que les urgences qui fonctionnent bien puissent travailler avec celles qui fonctionnent moins bien afin que toutes les urgences au Québec finissent par bien fonctionner.

Sur la question des médecins de famille, M. le Président, il y a 1,5 million de Québécois qui n'ont toujours pas de médecin de famille. Au ministère de la Santé, on a trouvé un nouveau vocable; on les appelle les clientèles orphelines. Alors, il y a 1,5 million de personnes au Québec qui sont orphelins de médecin de famille, et on leur offre, M. le Président, un succédané, les cliniques-réseaux, qui ne sont finalement que des cliniques sans rendez-vous qui sont organisées en réseaux. Et, si ces personnes ne vont pas dans ces cliniques sans rendez-vous, bien il leur reste l'urgence, il leur reste l'urgence pour avoir accès éventuellement à un médecin qui va pouvoir les traiter. Et là, évidemment, en s'en allant à l'urgence, bien ils s'en vont engorger des salles d'attente qui débordent déjà et dans lesquelles ils vont attendre des heures, et des heures, et des heures. On a vu des chiffres encore une fois hier.

Sur la question des groupes de médecins de famille, M. le Président, en mars 2003, et ça, je trouve ça important,

j'ai bien hâte qu'on ait une discussion là-dessus avec le ministre de la Santé, j'ai fait mes vérifications... En mars 2003, le gouvernement du Parti québécois avait déjà accrédité 40 groupes de médecins de famille et en avait laissé sur le bureau du ministre 40 autres sur lesquels il manquait une signature. Je vois le personnel politique qui rit, mais les fonctionnaires, eux, ont l'air à trouver ça sérieux. Alors, 40 GMF qui avaient été accrédités en mars 2003, 40 autres qui n'attendaient qu'une signature. Donc, en mars, avril 2003, on en avait déjà 80, GMF. Quatre ans plus tard, le ministre parle de 135. Donc, à toutes fins pratiques, en cinq ans, il a créé de peine et de misère 55 groupes de médecins de famille. M. le Président, il dit qu'on se dirige vers 200 groupes de médecins de famille, mais, au rythme où il les a créés depuis quatre ans, je suis sceptique. Je rappelle, il y a encore 1,5 million de Québécois qui n'ont pas médecin de famille, qui n'ont pas de médecin de famille, dis-je bien.

Sur la question des soins à domicile, M. le Président, le gouvernement et son ministre ont déposé un plan d'action pour des soins à domicile, un plan fort louable, intéressant, mais, selon notre analyse, il manque beaucoup, beaucoup d'argent pour la mise en oeuvre de ce plan sur les soins à domicile, M. le Président. Il serait d'ailleurs utile que le ministre nous présente son plan d'action avec un plan d'échelonnement des investissements sur ces cinq ans pour qu'on sache comment et quand vont se concrétiser ces soins à domicile, en particulier pour les clientèles vulnérables. Un plan d'action, M. le Président, c'est la moindre des choses, c'est le 101 du management. Quand on veut être pris au sérieux, si on veut se donner une stratégie, il faut qu'elle soit accompagnée d'un plan d'action. On l'attend toujours. Les aidants naturels attendent en particulier, M. le Président, eux qui sont souvent forcés, obligés de s'adresser aux médias pour crier à l'aide parce que visiblement le ministre ne les entend pas, alors les aidants naturels qui attendent l'aide du ministre et du gouvernement libéral parce qu'ils sont épuisés et qu'ils en ont ras le bol.

● (11 h 50) ●

Sur la question des personnes âgées, la situation des personnes âgées, dis-je bien, M. le Président, il nous manque des lits d'hébergement, des personnes âgées sont en attente de soins à domicile. On le sait, la population vieillit. On parle beaucoup également des abus qui sont infligés aux personnes âgées dans certains CHSLD en particulier. Il est plus que jamais, M. le Président, important, urgent qu'on cesse de fonctionner en silo. Ça, le ministre nous en a beaucoup parlé dans ses discours, c'est apparemment pour lui un objectif de faire en sorte qu'on cesse de fonctionner en silo. Or, on a l'impression qu'il tarde à mettre en pratique ces principes qu'il énonce dans ses discours. On peut prendre le cas, par exemple, des 500 lits de transition qui sont dans les hôpitaux du Québec, qui sont occupés actuellement par des personnes âgées qui sont en attente d'hébergement. Donc, ce sont des lits d'hospitalisation qui servent dans le fond de lits de centres d'hébergement. Or, M. le Président, je vous rappelle les paroles mêmes du ministre de la Santé.

D'abord, avant de le faire, M. le Président, je vous rappelle, un lit en centre d'hébergement coûte autour de 55 000 \$ par année, un lit d'hôpital général, c'est autour de 100 000 \$ à 150 000 \$ par année, puis un lit dans un hôpital universitaire ou affilié peut coûter de 200 000 \$ à 250 000 \$ par année. Alors, évidemment,

l'alternative pour faire en sorte qu'on ne dépense pas tout cet argent, ce serait d'investir davantage dans les soins à domicile pour maintenir dans la communauté les personnes âgées qui le souhaitent d'ailleurs, qui le souhaitent parce qu'elles savent qu'elles vont avoir une meilleure qualité de vie. Elles le souhaitent parfois parce qu'elles ne veulent pas être séparées de leurs conjoints. Et puis, évidemment, en les laissant à la maison, M. le Président, bien on se trouve à réduire les risques d'abus.

Or, selon le ministre lui-même — j'y viens, à ce chiffre qu'il a lui-même utilisé — une personne en CHSLD nous coûte environ 55 000 \$ par année, alors qu'une personne en soins intensifs à domicile, c'est-à-dire un niveau élevé de soins intensifs à domicile, peut nous coûter autour de 10 000 \$ à 12 000 \$ par année. Ça, c'est tiré d'une conférence de presse du ministre le 8 novembre 2005. Mettons que c'est 15 000 \$ par année pour les maintenir à domicile, M. le Président, on se rend compte dans le fond que ça coûte quatre fois moins cher de maintenir quelqu'un à domicile, même avec des soins intensifs, là. Soins intensifs, on parle de trois à trois heures et demie par jour, donc quatre fois moins cher de les maintenir à domicile plutôt que des les maintenir en CHSLD. Puis évidemment de les maintenir à domicile, M. le Président, nous permettrait de développer davantage l'économie sociale, hein, les soins domestiques, les soins d'hygiène, les bains, l'aide à la popote, l'aide au ménage, et tout ça, créer de l'emploi, M. le Président.

Alors, on souhaiterait que le ministre mette davantage l'accent sur les soins à domicile. On en a même fait une bataille lors du débat autour du budget. On est allé chercher un peu d'argent, on aurait souhaité que le ministre nous appuie davantage dans nos revendications. Or, M. le ministre est resté, jusqu'à la fin, ferme. Il souhaitait que les 700 millions qui proviennent d'Ottawa aillent totalement dans les baisses d'impôt, alors que, nous, nous souhaitons qu'une partie de cet argent-là aille dans les soins à domicile et les médecins de famille. On ne disait pas non aux baisses d'impôt, mais on partageait ça à peu près moitié-moitié: moitié baisses d'impôt, moitié en nouveaux services.

Ce que je présente, M. le Président, sur la question des soins à domicile, ce n'est pas une vue de l'esprit, il y a d'autres pays qui l'ont expérimenté. Un pays comme le Danemark, par exemple, qui ressemble au nôtre par son climat, par sa population, par la situation du vieillissement de sa population, le Danemark, M. le Président, a développé des soins à domicile pour ses personnes âgées si bien qu'on ne construit plus de CHSLD au Danemark depuis 1989. Ça pourrait être un exemple dont on pourrait s'inspirer. Il y a même une équipe de quatre personnes, M. le Président, qui est allée en mission au Danemark en 2002, pilotée par le sous-ministre adjoint... la sous-ministre adjointe, dis-je bien, aux services à la population du MSSS. Il y avait un rapport qui avait été présenté suite à cette mission-là. Je ne sais pas si M. le ministre l'a lu. Vous l'avez lu? Bien, écoutez, si vous l'avez lu, pourquoi attendez-vous de vous en inspirer pour mettre en pratique une stratégie qui nous permettrait d'augmenter beaucoup plus substantiellement notre investissement dans les soins à domicile et nous permettre, de cette façon-là, d'épargner beaucoup, beaucoup d'argent et de diminuer également les risques d'abus pour un investissement donc 75 % moins élevé?

Pour ce qui est du financement du réseau, M. le Président, il est de notoriété publique qu'il faut trouver des solutions à long terme. On le sait qu'il n'y a pas de solution simple, ça, on le reconnaît, mais il faut faire un grand débat public sur cette question-là. Le gouvernement et son ministre, son actuel ministre de la Santé, avaient annoncé la mise sur pied du comité Ménard en 2005. Depuis la production, la publication du rapport, qu'est-ce qui est arrivé, M. le Président? Ce rapport, il est actuellement dans la bibliothèque du ministre, où il prend la poussière, et, comme il n'a pas eu le courage de mettre en pratique les recommandations de Ménard, ou certaines des recommandations de Ménard, bien il a décidé de laisser la ministre des Finances créer sa propre commission, si bien qu'on se pose la question si c'est elle maintenant qui a l'autorité décisive ou suprême sur les questions de santé. Pourquoi est-ce qu'il a fallu que Mme la ministre des Finances crée la commission Castonguay, alors que M. le ministre de la Santé avait lui-même participé à la création du comité Ménard dont on attend toujours une suite concrète?

Alors, en conclusion, M. le Président — il nous reste une minute — je pense que le court exposé que je viens de faire là démontre bien l'inertie, le manque de résultats de l'actuel gouvernement, en particulier de son ministre de la Santé. Le grand brassage des structures, la transformation des régies en agences n'a visiblement pas donné les fruits escomptés. Nous, M. le Président, je tiens à vous rassurer là-dessus, nous sommes ici pour participer à un exercice de reddition de comptes qui, on l'espère, va permettre une amélioration de la qualité des soins qui sont offerts à notre population. J'espère que notre ministre de la Santé répondra aux questions de façon franche et transparente et qu'il ne donnera pas raison au chroniqueur, M. David, qui a déjà dit de lui qu'il était un grand illusionniste. Je souhaite, M. le Président, que notre ministre de la Santé soit moins illusionniste et davantage transparent dans les réponses qu'il saura, je le souhaite, nous donner. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le député. De toute évidence, on ne manque pas de sujets à discuter dans les heures à venir, en écoutant les remarques préliminaires à la fois du ministre et des deux partis formant l'opposition.

### Discussion générale

Il reste environ 63 minutes, alors je propose qu'on coupe la poire en trois et en faire trois blocs de 21 minutes, en commençant avec l'opposition officielle. Donc, M. le député de La Peltrie, la parole est à vous.

### Mode d'allocation budgétaire du réseau de la santé

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Alors, d'entrée de jeu, on aimerait discuter avec le ministre de l'aspect financement du réseau de la santé, parce que c'est évidemment un sujet assez préoccupant quand on parle d'un budget de 24 milliards.

Le coeur du réseau de la santé, M. le Président, c'est évidemment les hôpitaux, qui sont les premiers répondants en termes d'administration des soins. Au Québec, de façon coutumière, le budget des hôpitaux est un budget

historique qui est indexé. C'est comme ça qu'on établit le budget des hôpitaux.

Ma question, la question que je voudrais poser au ministre, M. le Président, c'est: Encore cette année, ce que je comprends, c'est que les hôpitaux vont être financés ou vont recevoir un budget historique indexé et que ce sera le seul indicateur de performance qu'on aura de nos hôpitaux, à savoir que, l'année dernière, on leur a donné un montant x, cette année on leur donne un montant y plus l'augmentation des coûts de dépenses de leurs programmes. Est-ce que c'est comme ça qu'on procède actuellement?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** En fait, ce n'est pas comme ça. On a, depuis 2003, changé le mode d'allocation budgétaire, et c'est un changement qui va se poursuivre au cours des prochaines années. Le nouveau mode d'allocation budgétaire, d'une part, s'éloigne des budgets historiques, parce qu'il vise à corriger l'inéquité interrégionale, et, d'autre part, est encadré par des ententes de gestion entre le ministère et les agences régionales puis entre les agences régionales et les établissements, basées sur les attentes en termes de résultats précis et imputables pour les établissements. Alors, c'est le premier mouvement en fait de l'histoire du système de santé vers une allocation budgétaire basée sur les résultats et les activités.

Le prochain geste à poser, et c'est à l'étude actuellement au ministère, et ce le sera au cours des prochains mois, mais la prochaine étape, c'est de faire l'évolution vers ce qu'on appelle l'allocation par épisodes de soins — c'est une notion que le député connaît bien, je crois, de La Peltrie. En termes techniques, c'est les DRG. Ce que c'est, pour les citoyens qui nous écoutent, c'est qu'au lieu d'être financés sur une base historique complètement, les établissements reçoivent un montant pour chaque type d'épisode de soins qu'ils traitent. Exemple, si on traite un cas de fracture de hanche, bien on reçoit un montant total pour tout l'épisode de soins de la fracture de hanche, bien sûr la chirurgie, mais également un nombre approximatif de jours d'hospitalisation, de façon à encourager l'établissement à être plus efficace, plus efficient dans son utilisation de fonds publics.

Mais en fait l'approche de budget historique indexé, elle a été abandonnée dès 2003, d'une part, au niveau de l'équité interrégionale et, d'autre part, dans la mise en place des ententes de gestion qui sont encore une fois le premier pas vers le financement des établissements sur les activités. Et le pas suivant est à l'étude actuellement et va être complété au cours des prochaines années.

● (12 heures) ●

Il faut indiquer que le passage suivant, dont je parlais tantôt, vers l'allocation par les groupes diagnostiques, DRG en anglais, est un pas qu'on devra prendre avec prudence — et l'ensemble des pays qui l'ont mis en place l'ont fait sur quelques années — de façon progressive, en prenant bien soin de prendre en compte la réalité du Québec, qui n'est pas celle de pays européens, notamment la présence de régions à faible population, de régions où il n'y a pas d'alternative pour les citoyens que leur hôpital régional. Parce que tout ça vise à améliorer l'efficacité puis la performance des hôpitaux. C'est très bien, mais après il faut se demander qu'est-ce qu'on fait avec le résultat de ça.

Alors, dans les pays comme la Grande-Bretagne, l'Allemagne et d'autres, où le territoire est compact, où les établissements de santé sont très proches les uns des autres, le citoyen a le choix. Si le gouvernement pointe du doigt tel établissement qui est moins performant par rapport à un autre, le citoyen peut se diriger facilement vers l'autre établissement. Mais, si je suis dans une région éloignée du Québec — et je n'en nommerai pas pour ne pas laisser penser que je cible un établissement en particulier — et qu'on identifie l'hôpital régional de ma région comme étant moins performant, et qu'on le pénalise donc pour sa non-performance — parce que, si on bonifie les performants, il faut pénaliser les non-performants — quelle est mon alternative? J'habite à 1 000 km de Montréal, il n'y a qu'un hôpital régional dans ma région. Il faut être donc extrêmement prudent.

Mais je crois que, sur la base et sur le concept, nous, on est d'accord de continuer ce mouvement vers le financement par épisodes de soins ou par activités parce que l'ensemble des analystes des systèmes de santé concluent qu'il s'agit d'une façon efficace pour faire évoluer les pratiques. C'est un stimulant très fort pour améliorer les pratiques. Mais il faut le faire avec prudence et tenir compte de la réalité particulière du Canada et du Québec.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Oui. Merci, M. le Président. M. le Président, le financement par DRG, ça nécessite une connaissance assez intime d'un épisode de soins évidemment parce que son principal avantage, c'est justement de nous donner des indicateurs de comparatif entre deux centres hospitaliers, par exemple. Et ce comparatif-là évidemment nous amène à favoriser les hôpitaux plus performants. Je comprends la réalité, que le ministre soulève, des hôpitaux qui sont dans des régions plus éloignées et qu'il n'y a pas de concurrent à proximité, mais ce que le ministre évalue actuellement...

#### **Mise en application du mode d'allocation budgétaire par épisodes de soins**

D'abord, premièrement, dans quel délai est-ce que le ministre pense que le ministère va se tourner vers ce mode de financement là? Parce qu'actuellement ce que je comprends, c'est que le budget est encore épisodique, là. Oui, on a des ententes de gestion, mais la budgétisation des hôpitaux est encore essentiellement épisodique, avec des ajustements en fonction des réalités. On est quand même assez loin de la réalité, là, du financement par DRG. Dans quelle mesure ça, ça peut se mettre en place à court terme?

#### **Impact du mode d'allocation budgétaire sur les recommandations du Groupe de travail sur le financement du système de santé**

Dans quelle mesure est-ce que ça, ça ne conditionne pas non plus les travaux de la commission Castonguay sur les pistes de solution en fonction du financement des centres hospitaliers?

Et quels sont les incitatifs qu'on peut mettre en place pour que des hôpitaux en région qui sont sous-performants se mettent à niveau?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**Mise en application du mode d'allocation budgétaire par épisodes de soins (suite)**

**M. Couillard:** Alors, les travaux d'analyse sont déjà débutés au ministère sur cette question-là. Un mandat précis va être donné à la table d'allocation régionale pour intensifier les travaux au cours des prochains jours.

J'ai l'intention de me rendre dans d'autres endroits du monde, là, où il y a des systèmes mis en place. J'ai été impressionné, par exemple, lors d'un colloque en Outaouais, l'an dernier, sur les systèmes de santé internationaux, par l'expérience allemande, qui a pris à bras-le-corps cette question et justement a pris en considération les facteurs tels que les médicaments, les missions universitaires. Mais rappelons qu'ils n'ont pas, eux, de régions éloignées à faible population.

Alors, il faut éviter de réinventer la roue. Il faut aller voir ce qui se fait ailleurs. Il y a aux États-Unis des expériences intéressantes, en Europe également, et on s'en inspirera puis on l'adaptera cependant à la réalité québécoise. Et il faut se souvenir, M. le Président, je le dis à l'attention de mon collègue, qu'il n'y a pas un pays qui a mis en place ce mode de financement qui ne l'a pas fait de façon progressive sur quelques années. Alors, à mon avis, le temps d'avoir une opinion complète quant à ce qu'on veut faire, ça va prendre un an environ, peut-être un peu plus. Mettre en place cette évolution, c'est un minimum de cinq ans pour un réseau de santé, et c'est ce qui a été fait sur le plan international.

**Impact du mode d'allocation budgétaire sur les recommandations du Groupe de travail sur le financement du système de santé (suite)**

Je ne crois pas que ça influence négativement les travaux de M. Castonguay et de ses collègues. Parce que M. Castonguay s'était déjà, à ma souvenance, prononcé en faveur de ce type d'évolution de toute façon, et je ne crois pas que ça ait une influence adverse sur sa réflexion globale sur le financement de la santé, qui est le défi important, hein? Comment faire l'adéquation entre la progression des coûts de santé puis la progression des revenus du gouvernement? Là-dessus, il y a une discussion très intéressante à avoir, qu'on n'a pas débutée encore. Mais je suis certain que, dans le cadre de cette commission, on aura l'occasion d'échanger là-dessus. C'est un sujet qui est à la fois fascinant et complexe, mais qui présente des avenues de solution intéressantes, dont M. Castonguay explorera quelques-unes au cours des prochains mois.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**Niveau du déficit du réseau de la santé**

**M. Caire:** Oui. Merci, M. le Président. Dans le contexte du budget actuel et d'une budgétisation historique, à combien le ministre estime le déficit du réseau de la santé, en sachant que, l'année dernière, c'était 1,4 milliard, si je ne me trompe pas? Est-ce que le ministre prévoit qu'on ait un déficit dans le réseau de la santé qui va être à peu près à la même hauteur?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, il faut clarifier les choses, et je suis certain que c'est également connu de la part du député, il y a deux types... En fait, c'est le même déficit, mais qui se décline de deux façons. Il y a le déficit d'opération annuel des établissements du réseau, du réseau de la santé, puis il y a le déficit accumulé, ce dont parle le Vérificateur général et ce qui va être l'objet de négociations entre ma consœur la ministre des Finances et le Vérificateur général, au cours des prochaines semaines.

Alors, le déficit accumulé du réseau est autour de 1,3, 1,4 milliard. Le déficit d'opération actuel du réseau est 140 millions de dollars, dont 125 millions sont reconnus par le ministère comme devant faire l'objet de correctifs et 15 millions doivent faire l'objet d'améliorations de performance. Je voudrais mettre ceci en relation parce que, dans tout ce qu'on va analyser au cours de ce débat, on va beaucoup parler de chiffres, mais, quand on parle de chiffres, on parle de rapports, de fractions. Il ne faut jamais oublier le dénominateur. Le budget total des établissements du réseau approche les 14 milliards actuellement, presque 15 milliards. On a donc un déficit d'opération annuel autour de 1 % du budget d'opération des établissements du réseau.

Je sais que le député a une provenance du milieu privé. Il sait très bien qu'un déficit d'opération autour de 1 % du financement, c'est un problème, mais c'est un problème qui est plus envisageable, sur le plan de son contrôle, que l'époque, vers 2001-2002, où le déficit atteignait presque 600 millions de dollars dans le réseau de la santé. Alors, on a amélioré les bases budgétaires des hôpitaux, on insiste sur la performance également, parce que — puis là je reconnais un des thèmes chers au député de La Peltrie, puis je pense qu'il va être d'accord là-dessus — il y a un aspect délicat dans ça, dans la correction des déficits.

Puis je vais rappeler mon expérience personnelle. Lorsque j'étais à Sherbrooke, qui demeure un des hôpitaux les plus performants de la province, on l'a vu avec les statistiques sur les salles d'urgence et sur le plan budgétaire également, et lorsqu'on avait ces rumeurs de correction de déficit par le ministère de la Santé, la réaction à l'interne de l'établissement était: Bien, qu'est-ce que ça donne de faire tous nos efforts pour être performants puis gérer nos finances correctement? On est aussi bien de faire comme les autres, de laisser flotter nos déficits, puis le gouvernement va venir régulièrement, tous les trois, quatre ans nous renflouer.

Alors, il faut faire très attention à la façon dont on procède. C'est pour ça qu'on encadre ça par des ententes de gestion et des objectifs précis, qu'on fixe des cibles aux établissements dont ils sont imputables. Parce que l'effet adverse de ça, c'est de déresponsabiliser les établissements et d'enlever une partie de l'imputabilité qui est majeure, notamment la question de la gestion des finances.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**Intentions concernant l'adoption d'indicateurs de performance dans la gestion des hôpitaux**

**M. Caire:** Pour revenir sur le déficit, M. le Président, la base de ma question était essentiellement que, oui, évidemment, on parle du déficit accumulé. Il y a

une portion du déficit de cette année qui va évidemment s'ajouter au déficit accumulé, donc qui amplifie le problème. Le financement des hôpitaux, de façon historique, y contribue d'une certaine façon parce que, n'ayant pas les indicateurs de performance nécessaires au niveau de la gestion, on n'est pas en mesure d'apporter les correctifs, ou plus ou moins en mesure d'apporter les correctifs.

En fait, ma question était: Est-ce que le ministre a un plan pour mettre en place justement des indicateurs de performance dans la gestion des hôpitaux, pour faire en sorte que, cette année, il n'y aura pas de déficits qui vont venir s'ajouter au déficit accumulé, qui est déjà important et qui éventuellement, nous l'espérons et nous y travaillons, M. le Président, sera ajouté, comme il se doit, au déficit du gouvernement dans une comptabilité qui se respecte?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, d'abord, il faut faire une correction. Je suis d'accord avec le député de La Peltrie que le fait de se donner de meilleurs indicateurs de gestion du financement par épisodes de soins va améliorer la gestion en général des établissements. Cependant, la source du déficit accumulé n'est pas celle-là. La source du déficit accumulé, c'est l'échec des nombreuses années où on n'a pas pourvu à l'indexation du réseau, notamment à ce qu'on appelle l'indexation spécifique, qui est le montant qu'on consacre chaque année. On l'a fait, nous, chaque année depuis 2003, et c'est pour ça que les bases budgétaires se sont améliorées.

Parce que, si on fait une opération de renflouage... Et ça, on peut le démontrer mathématiquement, on aura l'occasion de le faire. Probablement que le député de Marie-Victorin, dont le parti est le plus directement concerné, puisque c'est la future chef du Parti québécois qui a pris ces décisions-là... Si on fait un renflouement simple des déficits des hôpitaux, sans indexer par la suite leurs budgets, notamment pour les dépenses liées au vieillissement de la population, les technologies puis les médicaments, c'est mathématique et inévitable que les déficits vont recommencer. D'ailleurs, on a une démonstration tout à fait éclatante de ça au cours des dernières années.

● (12 h 10) ●

Donc, ce qu'il faut faire avant tout, c'est de continuer à indexer le réseau correctement, notamment pour ces besoins, là, liés au vieillissement de la population et aux technologies. Il faut également prendre des décisions pour ce qui est des bases budgétaires. On pourrait, par exemple, décider qu'on ne met pas de développement de services cette année, puis qu'on prend le même argent, puis qu'on efface les déficits d'opération des établissements. On arriverait donc à un déficit zéro. Mais, moi, je ne suis pas d'accord avec cette façon de faire parce que je crois que le type de services dans lequel on va investir cette année, notamment la question des personnes âgées, notamment la question des salles d'urgence, de la santé mentale, ça va avoir comme impact d'améliorer l'efficacité des centres hospitaliers, parce qu'on travaille autour d'eux avec leurs partenaires. Alors, je pense que l'approche actuelle est la bonne.

Sur le plan plus général de l'intégration des déficits accumulés au périmètre fiscal du gouvernement, on sait que c'est un sujet de contentieux depuis des

années, entre le Vérificateur général et les divers ministres des Finances qui se sont succédé. Ma consœur a annoncé des négociations, une lettre d'entente avec le Vérificateur général, pour négocier de cette question, pour les intégrer au périmètre. Il y aura lieu de voir le résultat de cette démarche-là, et ça va être fait au cours des prochaines semaines.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de La Peltrie.

### **Portion du budget consacrée au personnel soignant et au personnel administratif**

**M. Caire:** Bien, évidemment, on ne peut pas s'opposer à l'indexation des budgets. C'est évident, là. On comprend qu'il y a des augmentations de coûts, de dépenses et qu'il faut y faire face.

Ceci étant dit, il y a malgré tout des déficits qui se font sentir, qui viennent s'accumuler malgré les indexations. Donc, on comprend que, dans les opérations de gestion, il y a probablement une déficience quelque part, là. Et ma question était à l'effet: Est-ce que le ministre est conscient que, malgré l'indexation, il y a un déficit, que ce déficit-là vient s'accumuler au déficit cumulé, qui a été augmenté, que c'est inévitable que le déficit accumulé va être ajouté au déficit du gouvernement et donc à la dette du Québec?

Donc, ma question: Est-ce que le ministre peut nous dire comment ça se répartit, les employés dans le réseau de la santé, les employés soignants versus les employés qui sont plus dévolus à des tâches administratives? Et la masse salariale des deux groupes se répartit dans quelles proportions, sur le 16,4 milliards de salaires qu'on verse dans le réseau de la santé?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, je vois que mes associés du ministère s'activent pour trouver les données précises quant au nombre de personnels requis, puis on aura des réponses précises à ça. Je peux déjà donner deux éléments de réponse au député de La Peltrie, puis on reviendra, dans notre discussion, là-dessus. Je lui demande de le garder en mémoire, puis on reviendra sur des données-là.

En fait, trois éléments. D'abord, si on regarde les effectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux, en nombres absolus, ils ont décliné au cours des dernières années parce qu'on applique, comme il le sait, la pratique du remplacement incomplet des départs. On fait un peu plus que un sur deux dans le ministère de la Santé et des Services sociaux, compte tenu des besoins spécifiques. Un, pour le ministère. Maintenant, pour ce qui est maintenant... Je vous donne l'exemple... On me donne des chiffres, là, qui sont arrivés comme par hasard sur ma table pendant que je parlais. En 2003-2004, les effectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux étaient de 924; 2004-2005, 934; 2005-2006, 909; 2006-2007, 885. Donc, on n'a pas eu de croissance; on a une lente décroissance des effectifs. C'est du monde important. Le député l'a dit tantôt, il y a un réseau de 24 milliards de dollars. Il a été dans le privé. Je ne sais pas s'il a participé de loin aux gestions d'entreprises de cette taille-là. En

général, on a un appareil administratif qui n'est pas énorme et qui correspond à peu près à ce rapport-là. Voici pour le niveau national au niveau ministériel.

Pour ce qui est des agences régionales — puis là encore on aura les chiffres pour les effectifs — on a réduit... En fait, la seule partie des budgets du ministère qui a été réduite depuis qu'on est là, ce sont les budgets de fonctionnement des agences qui étaient autrefois les régies régionales, qui sont maintenant les agences de la santé et des services sociaux. On verra dans l'étude de crédits que leur budget de fonctionnement actuel est un peu plus de 90 millions de dollars. Encore une fois, si le député fait le même rapport que celui que j'ai fait tantôt, 90 millions de dollars par rapport à 15 milliards de budget de fonctionnement des établissements, il va voir qu'on se compare très avantageusement aux autres types de gestion de systèmes de santé dans le monde, notamment des systèmes d'assurance privés, dont paradoxalement les dépenses de fonctionnement et d'administration sont souvent plus élevées que les systèmes publics.

Enfin, pour ce qui est des établissements maintenant... Et là j'ai eu des données, l'autre jour, sur ce qu'on appelle le taux d'encadrement des établissements du réseau. Qu'est-ce que c'est, le taux d'encadrement? Je suis certain que le député le sait, mais c'est pour les citoyens qui nous écoutent. C'est le nombre de cadres par rapport aux heures travaillées. Voilà une organisation de telle taille. Combien qu'il y a de cadres? Je peux de mémoire lui dire que le taux d'encadrement est autour de 3 %, 4 % dans les établissements du réseau, ce qui correspond également à des normes correctes.

Je pense qu'il faut éviter — puis je suis certain que le député ne fait pas ça; mais dans la question il faut éviter — même de façon involontaire, de diaboliser l'élément administratif du réseau de la santé et du ministère parce qu'on aura toujours besoin de bons administrateurs. Et, moi, je suis préoccupé bien sûr de la pénurie de médecins, de la pénurie d'infirmières surtout, mais je suis également préoccupé du message qu'on envoie actuellement aux administrateurs du système de santé. Il faut que ce soit motivant, il faut que ce soit rehaussant de venir faire cette carrière-là. Et on a également à maintenir nos efforts de recrutement et, je dirais, de motivation et de rétention pour les gestionnaires autant que pour le personnel lui-même. Parce que, comme je le dis dans les allocutions autant aux médecins et infirmières qu'aux gestionnaires, c'est faux de dire qu'il y a un groupe qui a le monopole de se soucier des patients.

Moi, j'ai découvert ça quand j'ai commencé à participer aux réunions de gestion de mon hôpital, avant de faire de la politique. Et il y avait une sorte d'ambiance, dans le corps médical, que: Bien, nous, on fait de la clinique puis on ne touche pas à ça, l'administration. C'est des gens désincarnés, ils ne s'occupent pas des gens. On est, nous, au service des patients puis on se préoccupe d'eux.

Moi, ce que j'ai constaté, c'est que les directeurs des finances des établissements, les directeurs des ressources humaines, les gens du ministère, ils ont un souci quotidien pour le bien-être des gens, des patients, puis ce qui leur arrive qui est aussi grand que tout le monde dans le réseau. Alors, il n'y a pas d'exclusivité, il n'y a pas de monopole de la compassion ou du souci pour les personnes. Je le dis en n'accusant pas le député de

soulever ça, mais souvent, dans ces questions-là, on tend à donner ce message un peu subliminal: c'est du monde qui n'est pas utile, c'est du monde qui est là en surplus, c'est du monde qui ne sert pas à grand-chose, puis dans le fond, si c'était juste des professionnels qui géraient le réseau, ça irait mieux. Or, les professionnels de la santé ne sont pas entraînés pour devenir des administrateurs d'un système aussi complexe qu'un système de santé. Ils sont essentiels pour participer à la gestion, mais ils doivent absolument être accompagnés.

Puis, sur la question de l'encadrement — je vais terminer là-dessus pour ne pas prendre trop de temps puis qu'on ait des échanges, là — Paul Brunet, du Conseil de la protection des malades, a des remarques qu'il faisait suite au rapport de la Protectrice du citoyen pour les CHSLD, c'est de déplorer le faible nombre de cadres sur les unités de soins pour vérifier et encadrer le travail qui se fait sur les étages. Alors, il faut avoir là-dedans une approche équilibrée, et je pense que le niveau d'administration qu'on a dans le ministère de la Santé est correct sur le plan d'une organisation de cette taille-là. D'ailleurs, je ne sais pas si c'est encore sur le site Web du ministère, mais il y a une époque récente où il y avait un graphique qui illustre, au cours des dernières années, une baisse progressive des demandes d'administration et de soutien par rapport à une augmentation relative des dépenses en services. Alors, c'est exact que le problème est contrôlé, c'est exact que la taille de l'appareil administratif du réseau de santé est comparable à ce qui existe dans d'autres systèmes de santé et qu'on va continuer à la contrôler, cependant.

**Le Président (M. Kelley):** Une dernière courte question et réponse pour mettre fin au bloc. M. le député de La Peltrie.

#### Utilité des agences de la santé et des services sociaux

**M. Caire:** Oui. Merci, M. le Président. C'est clair que mon objectif n'est pas de démoniser les administrateurs, au contraire, mais le ministre m'accordera que, dans le cadre d'une entreprise déficitaire — et effectivement je viens du privé; dans le cadre d'une entreprise déficitaire — bien on cherche toujours les endroits où on peut rationaliser, dans la mesure où les services n'en sont pas hypothéqués. Et ce n'est certainement pas, dans le réseau de la santé, au niveau du personnel soignant qu'il faut rationaliser. Au contraire, on est beaucoup plus dans une dynamique de recrutement. Donc, c'était dans cette perspective-là que je lui posais la question.

M. le Président, une dernière question. Les agences de santé ont un budget d'un peu moins de 100 millions. Beaucoup d'intervenants dans le réseau ne sont pas convaincus du rôle des agences de la santé. À l'époque où c'étaient des régies régionales, le Parti libéral proposait de les abolir. On les a métamorphosées en agences de santé, ce qui a eu pour effet de changer l'en-tête des papiers à lettres puis des titres de ceux qui y travaillent, mais, pour l'essentiel, la transformation des régies régionales en agences n'est pas évidente.

Est-ce que le ministre peut nous rassurer sur le fait que ce 100 millions là est vraiment bien investi puis que ça s'en va vraiment à améliorer la qualité des soins?

Parce que, dans les rencontres que j'ai faites, là, le rôle des agences de santé, là, c'est plus ou moins clair dans l'administration du réseau.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre, en conclusion.

**M. Couillard:** M. le Président, merci. C'est une excellente question, puis j'espère avoir le temps d'y répondre. Avec votre consentement, je déborderais peut-être un peu du temps. Je ne sais pas combien de temps il reste à notre bloc, là.

D'abord, le montant exact de fonctionnement des agences actuellement de la santé, au Québec, c'est 92 889 000 \$. Donc, on ne dit pas 100 millions, on est en bas. Je rappelle qu'on l'a diminué, nous, de 10 millions par rapport à ce qu'il était en 2003. Il faut rappeler plusieurs éléments. D'abord, c'est qu'on a ajouté des missions aux agences régionales, notamment toute la question de la certification des résidences de personnes âgées, d'autres éléments liés au traitement des plaintes, qui font en sorte que leur travail devient parfois, dans certains domaines, plus important.

Maintenant, pour ce qui est de leur pertinence elle-même... Puis effectivement, en 2003, on avait proposé l'abolition des régies régionales de l'époque, et le député va probablement être surpris d'apprendre qu'on a tenu parole parce que ce n'est pas uniquement la question de la transformation de régies en agences, qui est déjà un élément... Puis ce n'est pas anodin parce que, si le député consulte la loi n° 83, il va constater qu'on a transféré tout le volet de l'organisation de services ou la plus grande partie vers le niveau local et les établissements plutôt qu'au niveau régional. Il y a des régions où idéalement tout le monde va s'entendre, puis on n'a pas besoin d'un arbitre régional, puis les gens vont se concerter puis fonctionner ensemble.

● (12 h 20) ●

Alors, c'est la raison pour laquelle, dans la loi n° 83, on indique la voie à suivre pour une région qui voudrait n'avoir un système de gestion qu'à deux niveaux. Actuellement, c'est un système à trois niveaux: il y a le ministère, le niveau régional, l'établissement. Comment faire pour avoir un système à deux niveaux? Bien, c'est que tous les établissements de première ligne de la région s'unissent dans un même conseil d'administration. À ce moment-là, nous, on n'a pas de problème — d'ailleurs, c'est prévu dans la loi — à abolir le palier régional de gestion. Sinon, ce qui va arriver, c'est ce qui arrivait avant la régionalisation des services que mon prédécesseur, M. Côté, a faite avec la création des régies régionales. C'est que tous les établissements du Québec dans les différentes régions venaient faire arbitrer leurs différends, qui sont souvent, il faut malheureusement le dire, autour de compétitions, de querelles de clocher, querelles sous-régionales ici, directement au ministère de la Santé.

Alors, ça prend un arbitre régional, à Montréal particulièrement. Là, les réalités sont tellement différentes entre l'Est et l'Ouest, le Nord, le Sud, et les différents niveaux de population qu'à mon avis, à Montréal, c'est illusoire de penser pour qu'on pourra se passer d'un palier régional de gestion.

Cependant, un exemple a contrario de ça, c'est Laval, Laval où finalement il n'y a qu'un centre de santé et de services sociaux. Alors, pour faire l'évolution vers

le système à deux gestions, la loi dit qu'il faut deux choses: d'abord, un seul établissement de première ligne, ce qui est le cas, deuxièmement, le consentement des établissements spécialisés. Quels sont les établissements spécialisés? Les centres de réadaptation, jeunesse, physique, intellectuelle, toxicomanie. Également, dans le cas de Laval, il y a un CHSLD qui est distinct, qui est le CHSLD juif, à Laval. Alors, si l'ensemble de ces établissements est d'accord, ils n'ont pas besoin de s'unir dans le même conseil d'administration. Mais qu'ils soient d'accord, nous, on va procéder avec l'abolition du palier régional.

Mais il faut être conscient qu'il y a des craintes. La raison pour laquelle les établissements spécialisés hésitent à poser ce geste-là, c'est qu'ils ne veulent pas être pénalisés sur le plan de l'allocation budgétaire lorsque l'agence devient un établissement médical de santé de première ligne. Alors, s'il y a une entente de principe à Laval, par exemple, comme la loi n° 83 le permet maintenant, nous, on est tout à fait disposés à passer, pour Laval, à un système à deux niveaux, comme toute autre région qui voudrait faire le même mouvement selon les mêmes principes.

Maintenant, la transformation de régie à agence, c'est plus qu'un nom, c'est véritablement un changement de philosophie, puisque, dans la loi n° 25 ou la loi n° 83, toute la question des plans d'organisation de services a été basculée au niveau local, ce qui était une des plaintes principales, à l'époque, des gens qui parlaient des régies régionales.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le ministre.

**Une voix: ...**

**Le Président (M. Kelley):** Non, non, mais parce que je dois passer maintenant au deuxième parti de l'opposition. Alors, M. le député de Marie-Victorin, la parole est à vous pour un bloc d'environ une vingtaine de minutes.

### Nombre d'unités de débordement

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. M. le Président, le 22 novembre 2006, le ministre de la Santé déclarait ceci, je cite: «...j'ai demandé aujourd'hui même au ministère que l'on institue des visites de tous ces établissements qui ont des unités de débordement ou des unités de transition — les mots varient et les concepts également — qu'on en fasse le recensement, qu'on en fasse la vérification sur le plan de la sécurité des installations, de la dignité des patients qui y sont.» Fin de citation. M. le Président, est-ce que ce serait possible pour le ministre de nous dire combien il y a d'unités de débordement au Québec, actuellement?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, au moment de la visite, je pense qu'il y avait 26 unités semblables au Québec. Elles ont toutes été visitées, elles ont toutes fait l'objet de rapports, ces rapports sont tous disponibles. La très grande majorité des endroits sont adéquats sur le plan des installations physiques. Il y en a quelques-uns

où il y a des correctifs qui ont été demandés et qui vont être faits, de même que dans la gestion des lits, parce que c'est important que la gestion des durées de séjour dans ces unités de transition soit également assurée et qu'il faut qu'il y ait un suivi quotidien des gens qui sont là, pour s'assurer qu'ils sont orientés correctement.

Alors, il y a lieu pour certains établissements d'améliorer l'aspect gestion des durées de séjour, mais, sur la question des installations physiques, il n'y en avait que deux ou trois qui avaient des correctifs à faire, qui n'étaient pas des correctifs majeurs pour beaucoup d'entre elles, mais des correctifs cependant, notamment pour les installations sanitaires, par exemple, et d'autres types de correctifs. Ce qui est très intéressant pour cette question des unités de transition — moi, je préfère parler d'unités de transition parce qu'il s'agit souvent de malades hospitalisés qui sont là — c'est que leur présence est d'abord codifiée dans le *Guide de gestion de l'urgence* qui avait été publié en 1998. Ce n'est pas nouveau, les unités de débordement ou de transition. Moi, j'ai visité des patients pendant des années, dans ces unités-là, à Montréal. Donc, c'est un fait acquis dans le réseau de la santé et c'est une façon de gérer les épisodes de débordement qui est correcte. D'ailleurs, les chefs de département de médecine de l'urgence le disent eux-mêmes, c'est correct. C'est une bonne chose, mais il faut que ce soit géré correctement et convenablement par les établissements.

Et ce qui est absolument intéressant également, c'est que, lorsqu'on constate le palmarès d'hier, on va constater que le niveau de performance des hôpitaux, qui est très différent à Montréal — on aura l'occasion d'y revoir pendant les débats ici, des crédits — dans la même région, avec les mêmes budgets, il y a des différences du simple au quadruple, par exemple, entre le pourcentage de patients séjournant depuis de 48 heures, sans que ça n'ait aucune relation avec la présence ou non d'une unité de débordement ou de transition. Exemple, à l'Hôpital général juif, il y a 5 % de patients séjournant depuis de 48 heures; au CHUM, c'est plus de 20 %. Même budget, même organisation, mêmes outils, mêmes orientations, des résultats totalement différents. Même chose pour les autres établissements. Il n'y a pas de relation précise entre le niveau de fonctionnement et le fait d'avoir ces unités-là.

Lorsque j'ai rencontré les représentants des chefs des unités d'urgence plusieurs semaines avant l'élection du 26 mars, d'abord ils étaient d'accord avec la pertinence et l'utilisation de ces unités-là, mais leur demande principale était: Pourriez-vous, s'il vous plaît, demander aux établissements d'appliquer le *Guide de gestion de l'urgence*? On était entièrement d'accord avec ça parce que, si on regarde dans le *Guide de gestion de l'urgence*, il y a des procédures à suivre en cas de débordement important, surtout l'hiver lorsqu'on a des problèmes d'infection respiratoire, par exemple, qui ont été inspirées pas seulement du Québec, des États-Unis, à New York, d'Alberta, où il y a également, M. le Président, des débordements d'urgence. Ils sont moins médiatisés que chez nous parce que les gens sont moins transparents là-bas qu'on l'est au Québec sur les données. Mais là-bas ce qu'on préconise et ce qui a été intégré dans le *Guide de gestion de l'urgence*, c'est l'utilisation de ces unités, le fait de monter, en période de débordement, des malades dans les corridors des étages en surnombre et d'utiliser des endroits tels que la salle

de réveil. Là-dessus, on est entièrement d'accord. C'est aux établissements de le faire, d'appliquer ce guide de gestion là. Et ma réponse aux chefs des unités d'urgence a été: Je ne me souviens pas d'avoir envoyé une directive aux hôpitaux leur demandant de ne pas appliquer le *Guide de gestion de l'urgence*; c'est plutôt le contraire.

Mais là ma réponse a été précisée de la façon suivante: Si on fait ça, vous allez faire une entente dans votre établissement que c'est ça que vous faites. Tout le monde va être d'accord, puis vous allez fonctionner ensemble, de façon commune, autour de ces objectifs-là. On est, par exemple, d'accord pour rémunérer des médecins pour gérer les durées de séjour. C'est un des problèmes qui expliquent les situations à l'urgence. C'est que les durées de séjour sont souvent gérées de façon incomplète, inconstante, particulièrement les fins de semaine, et malheureusement ce n'est pas tous les endroits où les médecins s'y impliquent.

Alors, nous, on est d'accord pour rémunérer les médecins pour gérer les séjours puis faire le tour des durées d'hospitalisation, s'assurer que les gens ont leur congé précocement, qu'ils sont orientés aux bons endroits. Mais cependant, comme j'ai dit aux médecins d'urgence, assurez-vous que vos collègues de l'hôpital sont d'accord puis qu'ils vont respecter l'autorité de cette personne-là. Alors, quand on voit que le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a 1,6 % de séjour de 48 heures, 1,6 %, un hôpital universitaire avec des milliers de visites, des milliers de civières comme les hôpitaux de Montréal... Ça s'adonne que là-bas il y a un chirurgien retraité que je connais bien, le Dr Laberge, qui a décidé de faire ça trois, quatre jours semaine, qui fait juste se promener sur les étages puis il appelle les médecins personnellement. Moi-même, il m'a appelé quand j'étais en pratique: Comment ça se fait que le patient X est encore dans ce lit-là? Comment ça se fait qu'il n'a pas été transféré encore à l'autre hôpital? Comment ça se fait que ses soins à domicile n'ont pas été améliorés? Juste à faire ça, on est passé de 70 patients en séjour excessif dans l'hôpital à 14, 15, 16 en moyenne, juste ça. Par contre, les gens respectent l'autorité de cette personne-là, puis ils écoutent ce qu'il dit, puis ils le font.

Alors, les unités de débordement, c'est...

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** Non, on ne déborde pas du tout, puis le... On ne déborde pas du tout, c'est le cas de le dire, on ne déborde pas.

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Non, M. le... si vous voulez formuler une question de règlement, vous pouvez le faire, mais on ne...

**M. Drainville:** Je veux juste qu'on s'entende sur les règles.

**Le Président (M. Kelley):** Et, moi, je trouve, on est pertinent. La jurisprudence est assez claire sur la pertinence. Alors, je pense que la réponse du ministre est pertinente. Alors, sur quoi vous voulez baser une question de règlement?

**M. Drainville:** En fait, on va passer beaucoup de temps ensemble dans les prochaines 48 heures, M. le Président. Je souhaiterais simplement que, comme on est dans un exercice de reddition de comptes... Je ne doute pas de la bonne foi du ministre, mais ce serait utile si les réponses étaient un peu plus courtes. Ça nous permettrait de poser plus de questions. Et je ne crois pas que ce serait nécessairement à son désavantage, si on posait davantage de questions. Il maîtrise visiblement ses dossiers. Ce serait beaucoup plus utile s'il se restreignait dans ses réponses. Ça nous permettrait d'accélérer au niveau des questions. Je pense qu'on pourrait couvrir beaucoup plus de terrain. Si c'est possible, M. le ministre de la Santé... Parce que, moi, c'est une question assez technique que je vous posais: Combien est-ce qu'il y a d'unités? Je voulais savoir ensuite de ça combien est-ce qu'il y a de lits en moyenne par unité. J'aimerais ça qu'on puisse dégager le factuel pour après ça avoir de bons échanges. Mais pour ça, ça passe par des interventions plus courtes.

**M. Couillard:** Je vais faire l'effort, mais cependant, moi, je suis contre la sursimplification des choses. Je ne me restreindrais pas dans les explications que je donnerais, mais je vais être un peu plus attentif pour que le collègue puisse poser d'autres questions. Mais il n'est pas question de répondre par des monosyllabes ou des chiffres, là, on va être un peu plus complet que ça.

**Le Président (M. Kelley):** ...poursuivre pour votre réponse, M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, c'est correct.

#### **Caractère et nombre de lits des unités de débordement**

**M. Drainville:** ...demander, M. le ministre... Bon, vous me disiez: Il y a 26 unités de débordement au Québec. Je pense peut-être que la meilleure façon de procéder, c'est de vous poser deux, trois questions à caractère plus technique en rafale, puis après ça on puisse avoir un échange plus substantiel. Je voulais savoir combien de lits il y a en moyenne par unité de débordement. Combien de ces unités de débordement sont permanentes? Combien sont temporaires?

Et dans le fond la question davantage substantielle, là, c'est: Dans quelles situations est-ce que vous préconisez l'utilisation d'une unité de débordement?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

● (12 h 30) ●

**M. Couillard:** Alors, par nature, M. le Président, toutes ces unités sont temporaires. Mais bien sûr, dans les établissements où il y a un débordement ou un achalandage important, elles sont presque totalement utilisées. Il y en a d'autres où elles sont utilisées certaines semaines, puis pas utilisées dans d'autres.

Pour le nombre de lits, là, moi, je suis tout à fait disponible pour transmettre ça au collègue, s'il le veut. J'ai tous les établissements, le nombre de places, toutes les questions qui ont été vérifiées dans les visites, la couverture professionnelle, couverture médicale, la gestion des séjours, la salubrité, l'hygiène, le plateau technique, l'admission des patients, les critères d'admission existants

ou pas, les espaces pour les patients, avec les plans d'action pour chacune d'entre elles.

Alors, je donne quelques exemples du nombre de lits: Général juif, il y en a 20; Jean-Talon, 20; Lakeshore, neuf; Sacré-Coeur, 40; CHVO, 16; Lévis, 25; Laval, 80; Pierre-Le Gardeur, 33; Saint-Jérôme, 22; Charles-Le Moyne, 34; Pierre-Boucher, 35; Enfant-Jésus, 24; Sainte-Croix, Drummondville, 17; puis Fleurimont, à Sherbrooke, 17.

Alors, on a tous ces renseignements-là, ils ont tous été vérifiés sur toutes les questions, puis on pourra transmettre ça avec plaisir aux collègues quant aux remarques qui ont été faites et les suivis qui sont faits dans chacune d'entre elles.

**M. Drainville:** Alors, comment ça fonctionne, M. le ministre... M. le...

**Le Président (M. Kelley):** Vous allez le déposer, M. le ministre?

**M. Couillard:** Ce que je vais faire, je vais le transmettre ultérieurement dans les travaux, une version qui n'est pas un brouillon avec des notes gribouillées dessus.

**Le Président (M. Kelley):** Pour la prochaine séance, cet après-midi. Parfait.

**M. Couillard:** On pourra... Je n'ai aucun problème avec ça.

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. C'est noté.

#### **Comptabilisation des patients traités dans les unités de débordement**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Merci, M. le ministre. Est-ce que vous avez envoyé une directive aux établissements pour que les unités de débordement soient comptabilisées dans les données statistiques sur les urgences?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** On leur demande de les dévoiler, puis tous ces renseignements sont toujours accessibles quotidiennement. Cependant, il ne faut pas oublier quelque chose — et on va me permettre d'étendre un peu sur la réponse — c'est que ce n'est pas des patients de l'urgence. Par définition, c'est des patients admis qui ne sont plus sous les soins du médecin de l'urgence. Alors, c'est pour ça que la comptabilité ne peut pas se faire, comme elle ne se faisait pas non plus du temps du gouvernement précédent, d'une part, parce qu'il ne s'agit pas de médecins et de patients de l'urgence mais de patients admis, d'autre part, parce que leur existence, au cours de l'année, est variable, on peut se retrouver plusieurs semaines alors que ces unités ne sont pas utilisées, d'autres moments où elles le sont.

Alors, on n'a aucune objection et on dit à tous nos établissements: Transmettez, s'ils vous sont demandés par vos médias régionaux ou locaux, s'ils vous sont demandés à la réunion publique de votre conseil d'administration, transmettez tous les renseignements sur les périodes

d'utilisation, l'utilisation, le nombre de places qui sont utilisées. Mais, en ce qui me concerne, un, leur existence ne cause pas de problème philosophique, ça fait partie de la bonne façon de gérer les urgences, et, deux, on n'a aucune objection à ce que ce soit communiqué à la population.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

#### **Diffusion des statistiques sur l'utilisation des unités de débordement**

**M. Drainville:** Est-ce que ce serait possible, M. le ministre, de nous rapporter les statistiques sur les unités de débordement de façon systématique? On a accès actuellement de façon systématique aux données sur les civières dans les urgences. Il y a des statistiques très précises. Pourquoi est-ce que ce n'est pas possible de les rendre disponibles de la même façon pour les unités de débordement? Pourquoi est-ce qu'il faudrait appeler à 16, ou 17, tu sais, à des endroits différents pour avoir ces chiffres-là?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, d'abord, c'est qu'encore une fois ces résultats-là sont disponibles, et je pense que ce n'est pas mauvais de faire un effort, là, d'appeler pour avoir des renseignements.

Deuxièmement, le niveau de transparence des renseignements sur les urgences au Québec est sans comparaison au Canada. Je mets au défi les collègues ici de trouver une province canadienne qui arrive à la cheville du Québec en termes de communication de renseignements sur l'occupation des salles d'urgence. Le palmarès qui a été publié hier, dans *La Presse*, dans la plupart des autres provinces canadiennes, il aurait été impossible à colliger parce que les renseignements ne sont pas communiqués, ne sont pas connus. Faites l'exercice aujourd'hui, allez sur les sites Internet des autres ministères de la Santé du Canada, essayez de trouver les données sur les salles d'urgence, vous ne les trouverez pas; elles n'existent pas, elles ne sont pas communiquées, elles sont gardées confidentielles. Au Québec, avec un certain risque politique, on a pris la décision, librement réfléchie et bien soutenue, de les publier. Alors, le niveau de transparence dans les salles d'urgence, au Québec, il est majeur.

Pour ce qui est des unités de débordement, il faut faire attention également. On demande à nos établissements de nous fournir des kyrielles de statistiques tous les jours. Les gens se plaignent actuellement qu'ils sont plus occupés à nous envoyer des statistiques qu'à s'occuper des gens, des patients. Alors, on essaie de garder un équilibre. Mais encore une fois le député va avoir la liste, là, je vais juste faire une suggestion au député de Marie-Victorin, là — on va lui transmettre la liste — alors il n'y a rien qui empêche son équipe de faire des téléphones, à tous les jours ou à toutes les semaines, aux agences régionales pour avoir ces renseignements-là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Oui. On me dit, M. le Président, que c'est difficile d'avoir les résultats, que c'est difficile

d'avoir les résultats, M. le ministre, puis c'est pour ça que je pense que, la question d'une directive ou d'une consigne claire, elle est pertinente, cette question-là. Ce n'est pas pour rien qu'on vous la pose, c'est parce que c'est difficile actuellement d'avoir ces données-là. Et, si vous êtes à ce point transparent, comme vous le dites, et je ne doute pas de votre bonne foi, puis je reconnais qu'il y a un certain risque politique à rendre publiques ces données-là, mais en même temps vous admettez avec moi que la transparence, c'est aussi un des moyens pour améliorer l'efficacité, hein, on s'entend là-dessus. Alors, pourquoi ne pas l'émettre très clairement, de dire aux agences: Vous devez, sur une base systématique... Puisque vous me dites: De toute façon, elles existent, ces données-là, pourquoi ne pas les rendre publiques sur une base quotidienne ou hebdomadaire?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, sur une base quotidienne, ça va être trop lourd, là, pour les établissements à faire. Puis encore une fois c'est très variable, l'utilisation de ces choses-là.

Je veux juste corriger une partie de la question du député. Quand je dis qu'il y a un risque politique, c'est le risque politique qu'on prend en publiant des données. On pourrait faire comme les autres provinces puis ne rien publier du tout, du tout, du tout. On le fait. Je veux juste corriger en disant que le fait d'avoir des unités de transition au Québec, pour moi, ce n'est pas un risque politique parce que j'assume pleinement, étant donné que ça existe depuis des années, que c'est codifié, que c'est nécessaire et bon que ça existe. Maintenant, une façon dont on pourrait procéder, puis on regardera la faisabilité de ça, c'est, par exemple, faire faire des rapports par les agences mensuellement, à chaque période. Ça, c'est plus réaliste de demander des communications à chaque jour, là, par les établissements, sur l'utilisation de cette unité-là. Donc, on va étudier la question. On va voir si c'est possible, faisable. Alors, peut-être qu'ils vont nous répondre: On aimerait mieux aux deux périodes ou aux périodes. On verra ce qu'ils nous diront de leur côté.

Puis je vais même compléter brièvement — je fais attention à ne pas prendre trop de temps, M. le député, là, je vous assure, là. Récemment, une équipe d'urgence me disait: Écoutez, ce n'est pas juste, M. le ministre, on a été pénalisés dans tel rapport, dans tel palmarès parce que, nous, on n'a pas d'unité de transition. Ma réponse a été: Bien, créez-en une, ça fait partie des outils qui sont à votre disposition pour gérer votre urgence. Par contre, faites-le dans le consensus d'établissement puis de façon correcte sur le plan du fonctionnement.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

#### **Mesures envisagées pour soutenir les services d'urgence en difficulté**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. C'est un geste de bonne... qui va dans la bonne direction, je vous en remercie.

Sur la question des chiffres qui ont été publiés hier, dans le quotidien *La Presse*, et sur ceux également

qu'on a rendus publics la semaine dernière, M. le ministre, à la suite de cette demande d'accès que nous avons formulée à votre ministère, qui nous permettaient d'établir des comparaisons entre les chiffres de 2002-2003 et les chiffres de 2006-2007, la déclaration que vous avez faite, c'est essentiellement de dire: C'est aux hôpitaux de s'organiser pour régler le problème, hein? Aujourd'hui, vous avez également évoqué les agences.

Allez-vous aider les urgences qui ont des difficultés? Et, si oui, comment et quel est votre plan pour permettre justement à celles qui fonctionnent bien d'aider celles qui ne fonctionnent pas bien ou qui ne réussissent pas? Comment... Allez-vous aider? Comment allez-vous les aider?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, on les aide sans arrêt, depuis 2003, à des niveaux sans précédent dans le système de santé: d'abord, par des crédits annuels spécifiques; ensuite, par l'utilisation de nouvelles méthodes qui sont répandues dans le réseau de la santé, comme les cliniques-réseaux, qui, en passant, ne sont pas des cliniques sans rendez-vous — on y reviendra dans nos discussions; par l'utilisation des lits de convalescence, par les soins de santé mentale en communauté, par les soins intensifs pour les personnes âgées à domicile. On les aide sans arrêt.

Maintenant, la question qu'on m'a posée hier et à laquelle j'ai répondu — et je vais encore donner la même réponse aujourd'hui — est la suivante... D'ailleurs, le député de La Peltrie l'a bien dit dans son discours: on est rendu qu'on est à plus de 24 milliards de budget en santé. Il y a une limite à avoir toujours la même réponse des établissements quand il y a un problème: Ce n'est pas de notre faute, on manque de ressources, parce que, les ressources, elles sont sans précédent, puis collectivement le Québec ne peut pas en mettre plus, de ressources, qu'il en met actuellement en santé.

Maintenant, si on regarde le palmarès... Et c'est pour ça que ce palmarès-là à mon avis est un point tournant dans l'histoire de notre système de santé, parce qu'il permet de démontrer noir sur blanc une évidence: c'est que des hôpitaux avec le même contexte, contexte budgétaire, degré de complexité des soins, organisation, outils disponibles, ont des résultats totalement différents. Il va toujours bien falloir que quelqu'un explique localement et régionalement comment ça se fait, par exemple, qu'à Fleurimont, c'est 1,6 % de patients de 48 heures; au CHUQ, c'est 2,4 %; à l'Hôpital général juif, c'est 5 %; au CHUM, c'est 20 % puis 23 %; puis, à Maisonneuve-Rosemont, c'est 23 %; puis, à Notre-Dame, 21,5 %. Quand on voit ça, c'est clair que le problème, ce n'est pas juste le système. C'est clair que le problème également, c'est ce qui se passe dans les établissements.

Et, moi, je pense que le moment est venu de remettre l'imputabilité pas exclusivement aux établissements, parce que l'imputabilité finale de tout ça... Tous les jours, il se passe quelque chose dans la santé ou les services sociaux, c'est l'élu qui est là qui l'assume. Mais ce n'est pas normal, ce n'est pas normal que tous les établissements actuellement... Puis je suis assez fâché de ça qu'un établissement majeur de Montréal qui est mal cité, mal classé là-dedans, ne fasse pas un exercice de

communication publique pour expliquer aux gens pourquoi ça s'est produit puis qu'est-ce qu'ils vont faire pour améliorer la situation. Parce que c'est leur devoir de le faire. Moi, je suis là pour, avec le ministère, les aider, leur donner des budgets sans précédent, leur donner des outils, puis on est continuellement en train de développer des nouveaux outils avec eux, mais il faut qu'ils répondent clairement de la façon dont ils s'acquittent de leurs obligations.

● (12 h 40) ●

Et, ce matin, j'étais à une entrevue avec M. Homier-Roy, à Radio-Canada, puis il me demandait finalement: Bien, finalement, vous avez pelleté ça vers les hôpitaux? Bien, j'ai dit: M. Homier-Roy, ça fait quatre ans et demi que je pellette devant la porte des hôpitaux. Je l'ai fait puis je vais continuer à le faire. Je vais continuer à défendre le réseau. Cependant, les gens, il faut qu'ils assument leurs responsabilités puis leur imputabilité, et les conseils d'administration puis les directeurs généraux.

Et je vais même aller plus loin, cette année, avec les directeurs généraux d'établissement, parce que, oui, on va continuer à leur donner du financement, oui, on va continuer à leur donner des nouveaux outils, mais je vais envoyer une directive pour que les conseils d'administration désormais assujettissent les bonis de performance des directeurs généraux aux atteintes des objectifs de qualité, d'accessibilité et de sécurité des soins, ça veut dire: listes d'attente, salles d'urgence, infections nosocomiales, et que leur évaluation annuelle par le conseil d'administration tienne compte de ces résultats-là.

C'était difficile de le faire jusqu'à maintenant parce que, chaque fois qu'on abordait cette question-là de cette façon-là, la réponse était: Bien, on n'est quand même pas pour être pénalisés par des situations qui sont hors de notre contrôle, sur lesquelles on n'a aucune prise. Mais la publication de ce palmarès-là — c'est pour cela qu'elle est importante — ça montre que ce n'est pas vrai. Ça montre que, dans le même contexte, les mêmes budgets, les mêmes environnements, il y en a qui font beaucoup mieux que d'autres. Alors, on va récompenser ceux qui font beaucoup mieux puis on va moins récompenser ceux qui ne font pas bien. Puis ceux qui ne font pas bien, on va les aider: on a des sites Web, on a des colloques, on a des conférences, on a le CCNU qui se promène d'hôpitaux en hôpitaux pour transmettre les bonnes pratiques.

Mais, en bout de ligne, là, et ça, je crois que c'est un changement de culture dans le réseau de la santé dont mes successeurs et successeuses des prochaines années me seront reconnaissants, il faut changer cette culture-là où on a, depuis des années, créé le mécanisme qu'à chaque fois qu'il se passe quelque chose dans le réseau de la santé, c'est le ministre qui parle en premier. Les premiers à parler, les premiers à expliquer, il faut que ce soient les établissements, les agences régionales et également le gouvernement et le ministère. D'ailleurs, le P.D.G. de Montréal, hier, a fait un bon travail là-dessus, lui, il a expliqué ses six points: Voilà mon plan d'action pour régler le problème. Puis effectivement on voit tous les outils qu'on a mis à la disposition des centres hospitaliers et du système de santé du Québec. Mais c'est la façon beaucoup plus normale de gérer un système de santé. Et c'est pour ça que je salue la publication de ce palmarès-là à laquelle on a contribué et qu'on va continuer à soutenir, au cours des prochaines années, avec les autres palmarès semblables qu'on voudra faire.

**Le Président (M. Kelley):** Dernier très court commentaire ou question, M. le député de Marie-Victorin.

### **Obligation d'appliquer le *Guide de gestion de l'urgence***

**M. Drainville:** M. le ministre, est-ce que les centres hospitaliers ont l'obligation d'appliquer le *Guide de gestion des urgences*? Est-ce qu'ils sont obligés de l'appliquer, oui ou non?

**M. Couillard:** C'est un outil qu'on leur donne, mais n'oubliez pas que les centres hospitaliers du Québec, à moins qu'on veuille changer radicalement la gouvernance du réseau de la santé, ce sont des institutions, entre guillemets, autonomes qui ont un conseil d'administration. Ce n'est pas comme les autres systèmes de santé qui existent ailleurs dans le monde, où il n'y a pas de conseil d'administration d'établissement, où le directeur général est un employé directement en ligne hiérarchique avec le ministre de la Santé. Pour clarifier les choses, le directeur général de l'hôpital X, ce n'est pas mon employé. Je n'ai pas d'autorité, moi, sur le directeur général, c'est le conseil d'administration. C'est le conseil d'administration qui l'engage, qui l'évalue, qui le bonifie dans sa rémunération, qui le congédie si nécessaire, qui le renouvelle lorsqu'il faut, ou qui engage un autre directeur général.

Alors, on va faire ça, on va continuer à le faire de cette façon-là. Les hôpitaux doivent utiliser le *Guide de gestion de l'urgence*. Puis d'ailleurs c'est ce dont ils doivent rendre compte. Mais avant tout il faut remettre l'imputabilité de ça au niveau des établissements. Puis ce n'est pas juste les établissements, c'est les médecins aussi. Parce que le *Guide de gestion de l'urgence*... Puis il faut faire attention, parce que le corps médical, c'est des gens extraordinaires, là, d'accord avec ça, mais ils ont une part de responsabilité dans ce qui se passe dans le système de santé, par les pratiques et par le niveau de collaboration avec l'administration.

Alors, moi, je veux bien qu'on envoie une directive aux hôpitaux pour mettre en place le *Guide de gestion de l'urgence*, mais, si le corps médical de l'établissement, qui ne sont pas non plus des employés du réseau de la santé, qui sont des travailleurs autonomes, décide que ça ne leur tente pas de le mettre en place... C'est ce qui se passe dans les hôpitaux, les hôpitaux que ça ne va pas bien, là, c'est souvent ce genre de choses là qui se passent. S'ils décident, eux autres, que c'est trop de trouble, puis ça ne leur tente pas, puis ça ne les dérange pas, on peut faire toutes les lois, les décrets qu'on voudra, ça n'arrivera pas. Alors, ce qu'il faut, c'est montrer ça.

Moi, ce matin, si je suis un dirigeant d'hôpital ou un médecin dans un hôpital, j'aime pas mal mieux être en haut de la liste que dans le bas. Puis j'espère que, dans les réunions de conseil d'administration puis les réunions publiques, les gens vont en discuter au cours des prochains jours. Puis il y a des actions qui vont être prises, puis on est là pour les soutenir. On n'abandonne pas les hôpitaux, on les finance à un niveau sans précédent, on leur développe tous les outils qu'il faut, mais, en dernière analyse, c'est eux qui doivent les appliquer sur leur terrain et en rendre compte.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le ministre. Maintenant je suis prêt à céder la parole à M. le député de Laurier-Dorion. La parole est à vous.

### **Bilan des actions entreprises depuis 2003 pour améliorer la situation des services d'urgence**

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Nous avons quelque peu touché au palmarès des urgences qui a été publié dans le journal *La Presse*, cette semaine, faisant état de la situation difficile dans les urgences du Québec. J'aimerais entendre le ministre nous faire un petit peu l'état de la situation actuelle des urgences et, deuxièmement, le plus important, nous expliquer les mesures qui ont été mises en oeuvre, depuis 2003, afin d'améliorer la situation.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, si on regarde le portrait général, depuis 2003, dans les urgences, d'abord c'est l'augmentation de la pression de soins, et ça, il y a plusieurs points intéressants à noter là-dessus. Il y a grosso modo un demi-million de personnes de plus — c'est beaucoup de gens, un demi-million de personnes de plus — qui visitent nos salles d'urgence qu'en 2003, environ 400 000 visites ambulatoires, 70 000 visites sur civière, souvent des personnes très âgées, de plus qu'en 2003. Alors, déjà, une urgence qui a stabilisé sa performance, c'est une urgence qui par définition est plus efficace, parce qu'elle a plus de soins à donner. Mais on veut que les gens s'améliorent. On ne veut pas juste qu'ils soient stables, on veut qu'ils s'améliorent également.

Et là ce qu'on constate lorsqu'on fait le tour du paysage, on constate qu'il y a cinq régions qui maintiennent tous les indicateurs à améliorer, dont Montréal, Montérégie, l'Estrie. Ce n'est pas des régions mineures au Québec. Il y a d'autres régions qui ont gardé deux ou trois indicateurs à améliorer, comme la durée de séjour en santé mentale. Puis, si on regarde également les pourcentages, parce que c'est un des indicateurs principaux qu'on utilise, c'est les pourcentages de séjour de plus de 48 heures, on voit que, dans la plupart des régions, les chiffres sont très bas. Lorsqu'on parle du Saguenay—Lac-Saint-Jean, qui a une détérioration dans un hôpital, le taux de 48 heures moyen, au Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est 0,8 %. Alors, comme je disais hier, si, un jour, on atteint ces chiffres-là à Montréal, on fera une fête nationale, on célébrera l'événement, hein? Alors, il peut y avoir des variations, mais on est dans des zones qui sont totalement différentes. À Montréal, pour comparaison, c'est 10,2 %, le taux de séjour de plus de 48 heures, 0,8 % au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Bien sûr, il y a des éléments de complexité, de lourdeur de clientèle qui entrent en jeu, il ne faut pas les nier. Mais on est quand même, dans la plupart des régions, dans des zones très confortables.

Mais, si on reste dans les régions de complexité élevée, prenons les régions universitaires, à Québec, par exemple, ici même dans notre capitale, c'est des hôpitaux universitaires qui desservent tout l'Est du Québec, qui reçoivent autant de civières, qui ne reçoivent pas des gens moins malades que les hôpitaux universitaires de Montréal, pas du tout, on a tous les indicateurs pour le prouver, à Québec, M. le Président, le taux de séjour de

48 heures est de 3,5 %. Alors, qu'est-ce qui se passe à Québec qui ne se passe pas à Montréal? La réponse à ça, c'est la connivence, la concertation des gens, la collaboration, le fait de s'unir ensemble pour faire le succès de notre réseau de santé, de nos établissements. Et ça aussi, on l'achemine ailleurs dans les régions, on achemine, on dit: Écoutez, cet hôpital-là a fait ça, pourquoi vous ne faites pas la même chose?

Évidemment, chacun peut adapter les outils à sa réalité propre, mais il n'en reste pas moins que ces pratiques-là sont bien connues. Il y a les pratiques en cours, concrètes, qui existent, que les gens peuvent copier. Il n'y a rien de mal à copier ce que quelqu'un d'autre fait. Ce n'est pas humiliant de dire: Bien, je suis un peu moins bon, je vais regarder ce que fait tel hôpital, puis je vais faire pareil. On encourage ça puis on met tous les outils à leur disposition pour les aider. Le groupe du CCNU, que le député connaît, il fait le tour constamment de la province puis il dit: Écoutez, là, vous avez ce problème-là; à tel hôpital, ce n'est pas ça qu'ils font, là, ils font différemment, puis voyez les résultats.

Un détail qui était dans le journal, ce matin: à l'Hôpital général juif, il y a un interniste qui est sur place, à l'urgence, en permanence, pour voir les consultations. Alors, si vous arrivez à l'urgence avec un problème respiratoire, cardiaque, digestif, au lieu d'appeler, à l'étage, le spécialiste concerné qu'il vienne vous voir à l'urgence, qui peut prendre toute la journée avant qu'il vienne, parce qu'ils ont d'autres tâches à l'étage à faire, il y a un interniste qui est spécifiquement dédié aux consultations à la salle d'urgence. Et ça, ça sauve littéralement des heures et des heures de soins puis de séjour pour les patients dans les salles d'urgence.

Alors, il y a toutes sortes d'actions qui sont en cours. Il y a des investissements. D'abord, on investit constamment, on est rendus, là, jusqu'à maintenant, à 78 millions de dollars, auxquels on va ajouter... on a ajouté 16 millions, qui fait 94, plus les 15 dans le budget, 94 plus 15, on est rendus à 109 millions. C'est sans précédent. Le député ne trouvera pas un exemple... les députés ne trouveront pas un exemple, dans les dernières années, d'un niveau de financement constant de cette façon-là.

On réorganise le travail. On investit également dans les immobilisations. Ce n'est pas un détail, les immobilisations. Lorsqu'on parle de l'urgence de Granby avec des chiffres très élevés, la raison bien simple, c'est que l'urgence de Granby est trop petite. Alors, on est en train de la rénover puis de l'agrandir, même chose pour l'Enfant-Jésus. On aura une conversation sur la dette d'ailleurs, je suppose, avec nos collègues, sur la question des immobilisations. On a l'accélération des services à domicile en lien avec les salles d'urgence, l'identification des clientèles à risque, les cliniques-réseaux.

Les cliniques-réseaux, ce n'est pas des cliniques sans rendez-vous. Les cliniques-réseaux, ce sont des cliniques médicales qui offrent deux types de services: le sans rendez-vous et la prise en charge, incluant l'infirmière liaison, l'identification de gens qui n'ont pas de médecin, il faut leur en donner un. Il vient d'y avoir un rapport d'étape du fonctionnement des cliniques-réseaux de Montréal, qui est disponible sur un des sites Internet régionaux actuellement. Les 19 cliniques — en fait, c'était 14, puis récemment on monte à 19 — ils ont

fait 10 000 visites sans rendez-vous, 12 000 visites avec rendez-vous, et il y a 400 patients par mois qui n'avaient pas de médecin qui en ont trouvé grâce aux cliniques-réseaux. Alors, c'est faux, je vous le dis respectueusement, ce n'est pas exact de dire ce que c'est des cliniques sans rendez-vous. Les cliniques rendez-vous, c'est ce que préconisaient nos collègues de l'ADQ pendant la campagne, et on a vu que ça n'a pas eu d'écho nulle part dans le réseau, parce qu'on sait qu'il y a sans rendez-vous, oui, mais il y a également le suivi.

● (12 h 50) ●

Ce que dit le président de l'agence de Montréal ce matin, c'est tout à fait vrai. Si on regarde les données pour une ville à population comparable, on devrait avoir environ moitié moins de monde qui viennent en ambulatoire ou dans les salles d'urgence qu'on a en réalité, parce que les gens connaissent mal les alternatives qui leur sont offertes, et ces alternatives-là ne sont pas encore en nombre suffisant. Alors, il faut mieux faire connaître les cliniques-réseaux dans les différents territoires de Montréal, il faut continuer leur accélération jusqu'à un objectif d'environ 30, puis là on devrait avoir un impact. Si on compare les villes de même grandeur en Amérique du Nord, on consomme... on va 50 % plus à l'urgence à Montréal que dans d'autres villes nord-américaines. Pourquoi? Parce que les gens ont développé cette habitude-là: ne sachant pas qu'il existe des services ailleurs, bien ils se dirigent directement à la salle d'urgence.

Alors, l'autre élément, avec les cliniques-réseaux, sur lequel on travaille beaucoup, c'est les GMF. On n'abandonne pas les GMF, on continue les GMF. Ce n'est pas exact ce que le député a dit tantôt. Il y en avait 17 quand je suis arrivé. J'ai regardé dans tous les tiroirs, il n'y en avait pas d'autres, puis il n'y avait pas une cenne pour les financer non plus. Alors, on a monté rapidement, aussi rapidement que les projets nous sont soumis, jusqu'à autour de 135, actuellement, groupes de médecine de famille. J'en ai accrédité trois au cours des derniers jours, dont un à Montréal. Alors, ce n'est pas exact de dire que, parce qu'on fait des cliniques-réseaux, il n'y a pas de GMF. On continue d'accréditer les GMF.

La nouveauté de cette année, qui commence et qui d'après moi est véritablement une solution structurante, c'est les lits de transition. Lorsqu'une personne a terminé ses soins aigus, au lieu de rester à l'hôpital pour être orientée, elle est déplacée vers un centre de transition de convalescence où son évaluation est faite puis elle est orientée à cet endroit-là. On a actuellement 148 places qui sont ouvertes, c'est du nouveau, ça, il y a 112 places sur ces 148 qui sont occupées au moment où on se parle. On vise de monter à environ 200 pour décembre, puis 300 pour la fin de l'année. On va d'ailleurs accentuer, au cours de l'été, le déploiement puis le fonctionnement de ces unités-là. Mais là on a un exemple d'une véritable solution structurante, là, pour une partie des problèmes des salles d'urgence.

Parce que c'est faux de dire qu'il y a une solution. Ce que je reproche un peu aux collègues de l'ADQ, avec respect, là, c'est que, pendant la campagne, ils ont dit: La solution, c'est des cliniques sans rendez-vous. La solution des salles d'urgence, c'est pas mal plus que les cliniques sans rendez-vous, c'est des cliniques sans rendez-vous de suivi, c'est les soins à domicile, c'est les groupes

de médecine de famille, c'est la convalescence en réadaptation.

Et le fait de déplacer les patients à l'extérieur de l'hôpital pour les évaluer, ça a un impact considérable sur leur devenir. Des études ont montré que, lorsqu'on fait l'évaluation de la personne âgée, par exemple, dans l'hôpital, la majorité se ramasse en institution, parce qu'il faut faire au plus vite: il y a la pression énorme de l'urgence, des salles d'opération, il faut libérer le lit, et là on prend la solution la plus simple, la moindre résistance, qui est d'envoyer la personne dans un CHSLD. Alors que, quand l'évaluation est faite à l'extérieur de l'hôpital, le rapport s'inverse: la majeure partie des gens retournent à domicile, soit de façon temporaire avec des services à domicile puis plus de services soit avec des services à domicile continus, ou font un séjour en centre de réadaptation pour retourner à domicile, mais c'est la minorité qui sont institutionnalisés.

Alors ça, c'est un bel exemple d'action qu'il va falloir qu'on... Pourquoi? Parce que les gens prennent leur temps, parce que les gens n'ont pas la pression de l'hôpital qui téléphone à tous les jours de l'urgence puis de la salle d'opération pour voir comment ça se fait que le lit n'est pas libre aujourd'hui. Parce que c'est très facile prendre le téléphone puis envoyer la personne au CHSLD, et c'est plus compliqué de coordonner des intervenants de soins à domicile, coordonner la réadaptation soit à domicile soit dans un centre de réadaptation. Et ce genre d'action là, ça va d'après moi porter ses fruits. Le président de l'agence était très optimiste, à Montréal, aujourd'hui; il disait que, d'ici trois ans, il aurait réglé le problème. On nous le souhaite à tous. Je pense que ce qu'on peut prévoir, c'est qu'avec ces actions-là on devrait avoir un impact. N'oublions pas que, pendant ce temps-là, la clientèle, la demande de soins, elle, elle va continuer à augmenter.

Alors, on agit sur tous les tableaux. Et je pense que, pour revenir en conclusion, le portrait que nous dresse le palmarès actuellement, et l'état des lieux, c'est des régions qui souvent ont maintenu une amélioration par rapport à ce qui existait auparavant, qui ont parfois des reculs cette année mais dans des zones de performance dont on souhaiterait qu'elle s'applique à des régions comme Montréal, par exemple, qui, en passant, demeure avec des progrès par rapport aux années précédentes. J'ai quelques exemples d'ailleurs à mentionner.

J'ai parlé du député de... l'hôpital de Rivière-du-Loup ce matin, on me le pardonnera parce que c'est quand même un des succès les plus remarquables du réseau de la santé, puis, le député, il n'en parle même pas. Tu sais, le pourcentage de 48 heures a passé de 8,2 % à 1,2 % à l'hôpital de Rivière-du-Loup, c'est quand même majeur comme réussite, puis je pense qu'on aimerait... et je suis certain que les gens de ce comté-là, les travailleurs de la santé de Rivière-du-Loup aimeraient ça entendre, de la bouche de leur député, qu'il a remarqué puis qu'il les félicite pour avoir réussi ça. Bon, je pense que ça devra être fait, puis éventuellement ça va être fait.

À Rouyn-Noranda, on est passé de 4 % à 0,2 %; à Mont-Laurier, de 5 % à 1,5 %; à Charles-Le Moyne, que connaît bien le député, de 15 % à 7,5 % par rapport à 2002-2003; à Pierre-Boucher, de 14,1 % à 4,6 %. Alors, il y a des améliorations qui sont notables, pas tous les établissements, il y en a qui malheureusement fonctionnent

moins bien. Il faut en connaître les causes puis leur donner également les missions très, très explicites d'améliorer les choses. Voilà.

**Le Président (M. Kelley):** Et le député de Jacques-Cartier constate une amélioration dans le centre hospitalier de Lakeshore, qui est une augmentation appréciée. Il reste du travail à faire, mais effectivement c'est le travail qui a été fait par les gestionnaires, les médecins, le personnel de cet hôpital.

M. le député de Vaudreuil, pour une courte question, pour mettre fin à cet avant-midi.

### **Mesures adoptées pour combler la pénurie de médecins et améliorer l'accès à un médecin de famille**

**M. Marcoux:** Bien, merci, M. le Président. Peut-être que ça va demander, M. le ministre, un peu plus que quelques minutes pour votre réponse. La question que je veux vous poser touche l'accès à des médecins. Ça touche évidemment plusieurs régions du Québec mais également celle de Vaudreuil-Soulanges, que nous représentons, ma collègue de Soulanges et moi. On connaît ce qui arrivé: les mises à la retraite massives vers 1997-1998, la diminution du nombre d'admissions dans les facultés de médecine en même temps, ce qui a créé un désastre et une pénurie de médecins. Dans notre région, comme vous le savez, nous connaissons une croissance de population extrêmement importante. Je pense qu'au Québec Vaudreuil-Soulanges est la deuxième région où on connaît la plus forte croissance de population, nous sommes maintenant rendus à 115 000 de population, et plusieurs citoyens malheureusement n'ont pas accès à un médecin de famille, parce qu'il y a des médecins aussi, des omnipraticiens qui ont pris leur retraite en 1997, 1998, 1999.

Alors, pourriez-vous peut-être nous exposer les mesures prises pour contrer cette pénurie de médecins et améliorer l'accès à un médecin de famille par notre population?

**Le Président (M. Kelley):** La question est posée. Il nous reste trois minutes. Alors, peut-être vous pouvez commencer une réponse, et, s'il le faut, on peut revenir après le dîner pour compléter la réponse. Mais la parole est à vous, M. le ministre, pour les prochaines trois minutes.

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, tantôt le député de Marie-Victorin citait un chroniqueur bien connu, je lui dirais de faire attention: des fois les journalistes exagèrent.

Il y a un autre chroniqueur du *Devoir*, M. Sansfaçon, qui a qualifié ces décisions-là, à la fois les mises à la retraite et les diminutions d'entrées en médecine, de la plus grave erreur du Québec contemporain, et je pense qu'il a raison. Si on regarde les mises à la retraite, il y a environ 1 500 médecins qui ont été poussés à la retraite pour un coût total autour de 300 millions de dollars. On a dépensé 300 millions de dollars publics, de fonds publics pour envoyer les médecins à la retraite. Et ces médecins-là maintenant, des années plus tard... la plupart étaient à un âge où ils seraient peut-être moins en pratique ou en pratique diminuée.

L'erreur la plus grave, ça a été de diminuer les entrées en médecine. Il y a un graphique tout à fait illustratif de ça où on voit qu'alors que les autres provinces canadiennes, entre 1994 et 1998, stabilisaient leurs admissions en médecine, arrêtaient de les augmenter, nous, au Québec — on ne fait rien à moitié — on les a diminuées presque de moitié. On est tombés à 406 admissions en médecine pour trois ou quatre années consécutives.

Alors, du côté du Parti québécois — trois ou quatre années, pardon, consécutives; du côté du Parti québécois — on aimerait mieux nous dire que c'est de l'histoire ancienne, il ne faut plus en parler. Sauf que c'est d'actualité, c'est terriblement d'actualité pour les patients du Québec, parce qu'étant donné la durée de formation des médecins... Le médecin spécialiste qui gradue en juillet prochain, en juillet 2007, il a commencé sa formation dans ces années-là. Alors, on a aujourd'hui le résultat concret de ces décisions-là, et c'est franchement difficile à comprendre, surtout pour — et j'aurai l'occasion de revenir là-dessus; surtout pour — une formation politique qui se donne l'étiquette de sociale-démocrate, parce que ça ne correspond pas à mon avis à la définition de la social-démocratie, sabrer dans les budgets publics puis dépouiller les grands réseaux de leur personnel. Ça ne marche pas, là, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, à moins que ce soit une définition spécifique de la social-démocratie, on verra au cours des prochaines semaines. Et d'ailleurs je pense que l'ensemble des acteurs du Parti québécois ont reconnu la gravité de cette erreur-là.

Alors, ce qu'on a fait, M. le Président, d'abord c'est continuer de mettre sur pied des formules novatrices pour la pratique des médecins, augmenter le nombre de formations des médecins. On est à 772 admissions, par rapport à 406 dans les années critiques dont je parlais tantôt. On a signé récemment une entente avec les omnipraticiens, qui va être bonifiée par la médiation en cours avec eux, sur le rattrapage salarial, où on assure le financement de la médecine de famille pour les quatre prochaines années, avec des progressions, avec des bonifications de forfaits pour les prises en charge de patients.

Et chose qu'il faut rappeler, parce que je constate régulièrement, en parlant aux citoyens, que c'est peu connu par les citoyens du Québec: les fameux quotas de rémunération, les fameux plafonds de rémunération pour les médecins omnipraticiens ont été totalement abolis en décembre 2006. Il n'y a plus de limitation, là. Si un médecin veut travailler beaucoup, garder son bureau ouvert, voir beaucoup de patients, il n'est pas pénalisé, il ou elle n'est pas pénalisé pour son salaire. Il n'y a plus de plafond. Alors, je pense que ça, c'est un élément qui était très important, parce qu'on se souvient que c'était un irritant qui était rapporté souvent par les fédérations médicales. À ça vont s'ajouter d'autres éléments qu'on verra à établir avec eux dans la médiation en cours, notamment la question des nouvelles formules de groupes de médecine de famille.

● (13 heures) ●

À Vaudreuil, pour notre collègue le député, et je termine en 30 secondes, on a donné une allocation pour recruter 28 nouveaux médecins, ce qu'on appelle les nouveaux facturants, ça, les nouveaux médecins gradués. 25 sont déjà recrutés. Alors, je pense que, de ce côté-là, ça s'en vient bien — Vaudreuil-Soulanges, là. Et il y a

droit de recruter également 20 autres médecins en mobilité. Ça, ça veut dire qu'une fois que les médecins sont en région, s'ils veulent, après une période déterminée, ils peuvent revenir dans les centres et s'ajouter au plan d'effectif. Il y a une permission de recruter 20 personnes dans une très belle région qui est près de Montréal et il y en a sept qui sont déjà recrutés, de sorte qu'il y a des progrès qui sont concrets pour les citoyens que représentent nos collègues de Vaudreuil et de Soulanges.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le ministre. Compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 15 heures, en rappelant qu'on va faire nos séances de cet après-midi et ce soir à la salle du Conseil législatif, à l'autre côté. Alors, à 15 heures, et on va suspendre nos travaux jusqu'à 15 heures. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 13 h 1)

(Reprise à 15 h 6)

**Le Président (M. Kelley):** Je propose, pour cet après-midi, peut-être une série de... une douzaine de blocs d'environ 15 minutes. Il y a un certain arbitrage à faire. Donc, quand je dis «15 minutes», ce n'est pas strict. J'invite à la fois les questions d'être posées de la manière la plus précise possible et, M. le ministre, d'avoir des réponses les plus précises et concises possible pour s'assurer que les droits de parole des membres sont respectés et que tout le monde peut poser les questions qu'il veut poser dans cet exercice parlementaire très important.

Alors, sans plus tarder, je suis prêt à reconnaître M. le député de La Peltrie pour lancer un premier bloc d'une quinzaine de minutes. La parole est à vous, M. le député.

#### **Intentions concernant une diminution du nombre d'agences de la santé et des services sociaux**

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Alors, on va poursuivre avec le premier sujet qu'on avait abordé, sur le financement du réseau de la santé, parce qu'à la fin de mon intervention il y a une question que j'avais posée au ministre concernant les agences et où le ministre avait témoigné, je pense, d'une certaine ouverture quant à la flexibilité. Dans l'optique où la vision qu'il nous a présentée, c'est que les agences jouent un rôle de coordination régionale de l'administration des soins de santé entre les différents intervenants, on comprend qu'on veut fonctionner de plus en plus par épisodes de soins, donc coordonner ce qui se fait sur le terrain. On comprend bien ça.

Ceci étant dit, est-ce que le ministre a une ouverture à ce qu'il y ait une diminution du nombre d'agences, parce que... On l'a dit, par exemple dans la couronne nord de Montréal, Laval notamment, il y a la présence d'un centre hospitalier, la Cité de la santé; sur la Côte-Nord, on vit une réalité qui est à peu près similaire, où le rôle de l'agence, dans sa mission de coordination, est beaucoup moins évident, et là on se demande s'il n'y a pas des sommes qui sont investies qui pourraient être mieux utilisées ailleurs, directement dans les centres hospitaliers.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, merci pour la question. Je voudrais d'abord mentionner au collègue qu'il ne faut pas non plus surestimer les économies qu'on ferait. Advenant même le cas hypothétique où toutes les agences régionales disparaîtraient demain, on ne sauverait pas beaucoup d'argent parce que c'est du personnel du réseau qui serait replacé dans les établissements avec les mêmes conditions de rémunération, essentiellement. Alors, il n'y aurait pas d'économies notables, là. C'est une question de complexité puis d'améliorer... d'augmenter la simplicité de l'administration.

Je suis d'accord avec le député de La Peltrie, je pense que, s'il y a un mouvement dans l'avenir quant au nombre d'agences régionales, le mouvement devrait être à la baisse et non pas à la hausse du nombre. Je pense qu'il y a lieu, compte tenu du mouvement qu'on a fait vers la délocalisation ou la décentralisation d'organisations cliniques vers les centres de santé et de services sociaux, vers le palier local, il y a certainement lieu d'envisager dans l'avenir des regroupements de certaines régions, où on pourrait mettre en commun des expertises, mettre en commun des projets, des outils, des projets d'immobilisations.

On se heurte foncièrement, là-dedans, à un problème d'identité régionale. Les gens sont très chatouilleux là-dessus, disons-le, là. Quand on est de Laval, on n'est pas des Laurentides; quand on est des Laurentides, on n'est pas de Lanaudière, et les gens sont attachés à ces identités régionales. Donc, il y a toujours cet élément à considérer. Mais, si je prends le parallèle albertain, par exemple, où on a un système régionalisé, la première étape, je crois, a eu 13 ou 14 — je ne me souviens pas du nombre exact, ne le prenez pas comme littéral, là — structures régionales d'administration de santé dont le nombre a été réduit. Alors, effectivement, s'il y a un mouvement à faire quant au nombre d'agences, c'est vers le bas, vers la baisse qu'il faut y aller. Il faut qu'il y ait un consensus des régions cependant, tu sais. Par exemple, si on unissait deux régions en une, il faut que les gens — consensus ne veut pas dire unanimité, il faut que les gens — quand même globalement y adhèrent en adhérant aux objectifs qui sont sous-jacents. Mais je rappelle qu'il ne faut pas surestimer les économies que ça apporterait, parce que c'est du monde, c'est du monde qui vont continuer à travailler puis à être payés au même niveau, sauf qu'ils vont être ailleurs. Il faut faire attention à ne pas laisser penser aux citoyens qu'on peut éliminer le budget de fonctionnement des agences si on élimine la structure, ce n'est pas vrai.

● (15 h 10) ●

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

### Causes du déficit du réseau de la santé

**M. Caire:** Oui, merci, M. le Président. Mais je pense que le ministre va être d'accord avec moi que 1 \$ qui est mal investi, c'est 1 \$ de trop, là, surtout quand on prend des exemples. J'avais l'occasion de l'interpeller là-dessus, sur le cas d'un individu qui est obligé de financer éventuellement une opération, une chirurgie bariatrique. Je pense, puis je suis convaincu que le ministre va être

d'accord avec moi, qu'il faut être extrêmement rigoureux dans l'administration des dollars, particulièrement dans le réseau de la santé.

Et j'en reviens à un sujet qu'on a abordé ce matin, M. le Président, concernant les déficits parce que... Bon. Comme le ministre le mentionnait, il y a une indexation nécessaire des budgets, on le comprend, et cette indexation-là, elle est faite. Il y a une certaine rigueur au niveau de l'administration de tout ça avec... on parle des taux de gestion à 3 %, 4 % dans le réseau de la santé, ce qui, je le reconnais, est excellent. On sait que 5 % et moins, c'est des bons rendements. Par contre, au niveau... la gestion, pas de problème. Au niveau de l'administration, ça, c'était peut-être un peu moins clair, là, à savoir combien d'argent était investi dans l'administration comme telle.

Et l'autre raison de mon intervention, M. le Président, sur les agences, c'était à savoir qu'il y a quand même un déficit qui va être à comptabiliser au niveau du réseau de la santé. Je reviens sur ma question: Est-ce que le ministre peut me dire de façon précise quel sera le montant du déficit? Parce que je n'ai pas eu de réponse à cette question-là? Et quelles sont les causes de ce déficit? Si ce n'est pas l'indexation et si ce n'est pas les coûts d'administration, quelles sont les causes de ce déficit?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, j'ai ici un tableau très intéressant que je pense que les collègues de l'Assemblée auraient bénéficié à consulter, qui est l'évolution annuelle des déficits d'opération dans le réseau de la santé. On remonte à 1993-1994.

**Le Président (M. Kelley):** Est-ce que vous voulez le déposer, M. le ministre?

**M. Couillard:** On pourrait le déposer immédiatement, mais on en ferait des copies pour les collègues, puis on pourrait revenir sur la discussion. Et il y a lieu d'analyser ce schéma-là puis d'en tirer des enseignements. Donc, je pourrais immédiatement le déposer puis le distribuer, puis on pourra reprendre la discussion sur le schéma, si le député de La Peltrie le veut ou le député de Marie-Victorin.

Mais effectivement le fait qu'on ait encore, cette année — puis j'ai répondu à la question, peut-être ma réponse n'a-t-elle pas été bien comprise... On prévoit, cette année, un déficit d'opération dans le réseau d'autour de 140 millions de dollars, à peu près identique à celui de l'an dernier. Pourquoi il y a encore un déficit de 140 millions? On a amélioré les bases budgétaires. C'est le résultat du manque d'indexation sur des années. Chaque fois qu'on fait une année où on n'indexe pas pleinement le réseau, on creuse un trou de services achetés à crédit. Et puis là on ne peut pas rattraper. Ça, c'est un trou qui reste là, à moins d'effacer complètement le déficit et de rehausser d'un seul coup la base budgétaire du montant correspondant. Mais on aurait avantage, je crois, peut-être à pousser la discussion plus loin lorsqu'on aura communication de ce tableau d'évolution chronologique, où on constate que les déficits hospitaliers sont apparus vers les années quatre-vingt-treize, quatre-vingt-quatorze avec une évolution selon le temps qui est tout à fait intéressante à considérer.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Mais je comprends que le déficit de 140 millions, ce n'est pas un déficit qui est dû à des investissements dans les infrastructures, c'est un déficit d'opération. Donc là, on s'endette pour payer l'épicerie, là. Est-ce que c'est bien ce que je comprends, là?

**M. Couillard:** En fait, il n'y a pas de déficit dans les infrastructures. Les infrastructures, c'est une dette nécessaire, puis on aura la discussion, j'espère, parce qu'à ce que je sache la position de l'ADQ sur la dette n'est toujours pas expliquée: Comment est-ce qu'on fait pour conserver les infrastructures sans mettre un dollar sur la dette? On y reviendra probablement. Le déficit de 140 millions est un déficit de fonctionnement effectivement qui s'accumule année après année sur le déficit accumulé du réseau qui, pour l'instant, est à l'extérieur du périmètre comptable ou du périmètre fiscal du gouvernement.

Je prends le parallèle, par exemple, de la situation du système de santé français où, malgré le fait, puis on y reviendra, malgré le fait qu'on a des contributions d'usagers, malgré le fait qu'on a une pratique mixte, beaucoup plus de médecins, etc., la caisse d'assurance sociale là-bas ou de la sécurité sociale est en déficit de presque 20 milliards d'euros. Là-bas, on appelle ça le trou de la sécu. Et ce déficit est extériorisé du périmètre fiscal du gouvernement. Alors, on voit que ce n'est pas un problème qui est uniquement québécois ou canadien.

Il y aurait possibilité de l'annuler, ce déficit-là, puis de le résorber puis de le récupérer, mais il faut bien penser à la façon dont on le fait. Compte tenu du type de message qu'on veut envoyer au réseau, comme je le disais ce matin, quant aux administrateurs qui font les efforts, parce que la majorité, en passant, des établissements du réseau sont en équilibre budgétaire... Alors, il ne faut pas créer la perception qu'il y a des déficits partout. On me donnera le pourcentage, c'est au moins, je pense, 80 % des établissements qui sont en équilibre budgétaire actuellement. Alors, quel message on envoie à ces personnes-là, à ces administrateurs-là, lorsqu'on efface les déficits des autres?

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Mon objectif n'est pas de dénigrer les bons administrateurs, au contraire. Par contre, ce sur quoi je m'interrogeais, c'était que, effectivement, des déficits d'opération, il y a effectivement, par extension, un endettement pour payer l'épicerie, là. C'était la conclusion à laquelle j'en arrivais, moi aussi. Et comme, éventuellement, dans les pratiques comptables à venir, nous l'espérons, le gouvernement devrait, de façon transparente, ajouter ces déficits-là à son propre déficit, on peut en conclure qu'il y aura nécessairement un endettement pour payer l'épicerie. C'est dans cette logique-là, M. le Président, que je posais mes questions et non pas pour dénigrer ceux qui font un bon travail.

### **Pouvoir de sanction du ministre en cas de sous-performance de gestionnaires d'hôpital**

M. le Président, je reviens sur des questions que... c'est-à-dire une réponse que le ministre a donnée, ce matin, à mon collègue de Marie-Victorin concernant les urgences parce que... Le ministre a eu une déclaration sur laquelle je voulais approfondir un peu, que je voulais approfondir un peu, où il disait que... Dans le fond, si je résume un peu sa pensée, c'est qu'on peut faire des lois, on peut faire des décrets tant qu'on veut; dans la mesure où les dirigeants du réseau n'achètent pas l'idée ou ne sont pas d'accord, il n'y a rien qui va se faire, ça ne bougera pas. Ça, ça a choqué un peu mon oreille parce que je me disais: Qui peut poser les questions mieux que le ministre? Qui peut évaluer les réponses mieux que le ministre? Et qui surtout, mieux que le ministre, est en mesure de sanctionner les établissements qui sous-performent? Et je pense qu'on va s'entendre sur le fait que, oui, il faut valoriser la performance des établissements qui travaillent bien, il faut une tape dans le dos, vous me passerez l'expression. Par contre, cette tape-là, pour ceux qui travaillent moins bien, elle pourrait être un petit peu plus bas, là. Puis, si le ministre ne se sent pas capable de faire ça, mais qui va le faire? Ce n'est certainement pas les citoyens qui peuvent faire ça, là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Je pense qu'il y a une limite majeure dans ce que dit le député de La Peltrie. Bien sûr, on envoie des directives, des normes aux agences régionales, de toutes les sortes possibles, mais il y a deux éléments du réseau de santé, à moins qu'on le transforme complètement, puis peut-être que c'est ça que l'ADQ veut suggérer...

Les D.G. ne sont pas les employés du ministre. Les directeurs généraux d'hôpitaux, d'établissements ne sont pas les employés du ministre. Ils sont sélectionnés par un conseil d'administration. Si on veut faire d'eux les employés du ministre de la Santé et des Services sociaux, donc en lien hiérarchique direct, il faut, à ce moment-là, abolir les conseils d'administration. Il y a des systèmes de santé ailleurs dans le monde qui n'ont pas de conseils d'administration pour leurs établissements de santé. Donc, il n'y a pas de représentation populaire, il n'y a pas de représentation des différentes parties, des personnes, des professionnels qui oeuvrent dans le réseau, puis il y a une autorité directe. Alors ça, ça n'existe pas au Québec, et je ne suis pas sûr que ce serait très bien accueilli si on disait, du jour au lendemain, qu'on veut transformer le réseau de cette façon-là. Ce qu'on fait, c'est d'utiliser les poignées ou les outils qui sont à notre disposition, dont les instructions qu'on envoie aux agences et, par les agences, aux conseils d'administration, comme par exemple ce que j'ai mentionné ce matin, la question des bonis de performance des cadres du réseau et de leur évaluation annuelle par les conseils d'administration. Voilà une façon dont on peut approcher la question.

L'autre façon dont on approche la question, c'est par les ententes de gestion avec les agences régionales. Alors, quels sont les résultats atteints, par exemple, sur la question de l'engorgement des urgences, des listes d'attente, etc.? Et là on a une entente directe parce que le

P.D.G. d'agence régionale est nommé directement par le ministre. Donc, il y a un lien hiérarchique direct entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et chaque P.D.G. d'agence régionale.

L'autre élément du réseau — puis c'est important, M. le Président, qu'on réalise tous très bien ça — qui échappe au contrôle hiérarchique du gouvernement de tout temps et pas plus au Québec qu'ailleurs, pas moins au Québec qu'ailleurs, c'est les professionnels. Les médecins ne sont pas... Il faut le répéter parce que les citoyens pensent que, moi, de mon bureau, je peux ordonner à tel groupe de médecins de faire tel type de pratique ou de faire telle chose. C'est faux. Le grand pacte de 1970, le grand compromis de 1970 de la création du système de santé du Québec, c'est d'avoir un système de santé public, la Régie de l'assurance maladie du Québec, un payeur unique, en échange de la préservation du statut autonome, sur le plan professionnel, des médecins et le maintien d'un statut de travailleur autonome et non pas d'employé du réseau de la santé, ce qui est complètement différent de ce qui existe dans les pays européens, par exemple. Si vous allez dans des pays européens, vous allez voir qu'à ces endroits la pratique médicale est mixte, le plus souvent: pratique publique et pratique privée. Mais, dans la partie publique de leur travail, les médecins, autant les spécialistes que les autres, sont des employés du système de santé et ils sont salariés. Ils vont chercher un supplément de revenu avec la pratique privée. Mais, à l'intérieur d'un hôpital, un spécialiste européen — espagnol, français, anglais — est un employé du système de santé, est en lien hiérarchique direct avec le système de santé.

● (15 h 20) ●

Ça, c'est un défi majeur, c'est un débat majeur qui ne changera pas. Je ne crois pas que la profession médicale va accepter, au Québec, d'abandonner son statut de travailleur autonome. Alors, il faut réaliser ces limites-là. On peut faire beaucoup en termes de persuasion, en termes d'impression de résultats, notamment par les ententes de gestion et les instructions aux conseils d'administration, mais il y a une limite quant à ce qu'on peut avoir comme contrôle direct sur les établissements et les professionnels nécessairement.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Dernière question, M. le député de La Peltre. Après ça, je vais passer la parole à M. le député de Marie-Victorin.

**M. Caire:** Oui, merci, M. le Président. Loin de moi l'idée de vouloir faire faire aux médecins... de les harnacher d'une façon qu'ils ne le souhaitent pas. On comprend tous que les médecins sont des travailleurs autonomes, on comprend que les directeurs généraux d'hôpitaux sont engagés par des conseils d'administration. Cette structure-là, on la comprend très bien.

Ce qu'on comprend aussi, c'est qu'on est dans un système parlementaire britannique, que ce système parlementaire là établit clairement que les élus... notamment le ministre est imputable des ministères et des budgets qui lui sont confiés devant la population, que c'est... on l'a établi clairement ce matin, là, c'est dans le budget, je veux dire, c'est 24 milliards dont le ministre de la Santé est imputable, et c'est des centaines de millions qu'on va donner en gestion à des gens dont le ministre nous dit qu'il a plus ou moins le contrôle sur ce qu'ils font.

J'avoue que je trouve ça inquiétant comme élu, je trouve ça inquiétant comme citoyen, d'entendre le premier administrateur du réseau de la santé, titulaire d'un budget de 24 milliards, dire qu'on va envoyer des centaines de millions en budget dans nos hôpitaux et que le contrôle est somme toute assez limité sur ce qu'on peut leur demander. Je ne sais pas, peut-être que le ministre a mal exprimé sa pensée, là, mais ce que j'ai compris ce matin, c'est qu'un des moyens coercitifs qu'il avait trouvé, c'est de cautionner le palmarès à des urgences pour alerter l'opinion publique par rapport à des performances qui, de son propre aveu, l'ont fâché. Alors, comme élus, j'ose croire qu'on a des moyens plus clairs, plus directs d'amener les administrateurs du réseau de la santé dans une ligne directrice qui est conforme à l'intérêt des patients.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Premièrement, il n'est pas question de nier l'imputabilité du ministre, loin de là; d'ailleurs, je l'ai réaffirmé ce matin encore une fois, puis je le réaffirme encore aujourd'hui. Mais la façon dont on arrive à des résultats, elle est double: il y a la façon légale, technique, selon les structures du réseau, comme je l'ai expliqué tantôt, où on procède avec les ententes de gestion, on procède avec les instructions aux conseils d'administration, on procède par le contrôle budgétaire. Lorsqu'on parle des déficits d'établissement, ils doivent être autorisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les établissements ne peuvent pas dépenser ce qu'ils veulent. Mais, quant à la mise en place de l'organisation de leurs services à l'intérieur de leurs murs, notamment dans les relations avec le corps médical et l'administration ou la façon dont le corps médical s'organise dans l'établissement, ils sont relativement autonomes comme établissements, et, à l'intérieur de l'établissement, les professionnels sont des professionnels autonomes. Ça, c'est une chose.

L'autre chose, c'est qu'il m'arrive régulièrement d'entrer en communication avec les dirigeants du réseau à tous les niveaux puis de passer des messages, et ça, on le fait et on ne se retient pas de le faire. Et si je suis heureux de la publication du palmarès, c'est qu'à... ce genre d'exercice là, autant celui-là que le palmarès de *L'Actualité*, qui doit cependant, à mon avis, s'améliorer, là, le palmarès de *L'Actualité* qui a été publié ce matin, je ne pense pas que le format est encore optimal, il y a du travail pour l'améliorer... que la publication de toutes les données, comme l'infection nosocomiale et le taux d'infection nosocomiale, c'est d'amener un élément, je ne dirais pas de compétition, parce que ça a toutes sortes de connotations négatives parfois, mais d'émulation dans le réseau, où les gens veulent être vus comme étant meilleurs que leurs voisins ou que leurs collègues de l'autre hôpital. Et ça, tant qu'on ne fait pas ça, tant qu'on n'a pas d'exercice comme la publication de ce palmarès-là, c'est très difficile d'amener cet élément-là dans un réseau qui, historiquement depuis 35 ans, ne s'est pas vu comme étant en émulation à l'intérieur de lui-même, s'est vu comme un vaste réseau de fonds publics qui fonctionne d'une façon acquise et qui répète en gros les mêmes fonctionnements année après année, et qui a relativement peu de comptes à rendre par rapport aux autres établissements des mêmes catégories. Et là je pense qu'avec ce palmarès-là, avec les autres exercices

du genre, on vient de faire un pas significatif dans la direction de placer l'imputabilité non pas exclusivement au niveau des établissements, mais la première imputabilité doit être au niveau des établissements, ensuite des régions.

Et la dernière imputabilité doit être... C'est l'envers de la logique. Un système comme un système de santé, c'est une pyramide avec une autorité élue au sommet, qui est le ministre de la Santé et des Services sociaux, puis, à la base, les établissements. Si la première personne — puis ça a été de même depuis 30 ans, c'est un des problèmes du réseau, si la première personne — qui donne les explications, c'est le ministre, ça ne marche pas, ça déresponsabilise complètement les gens du réseau. Il faut qu'un jour le ministre commente, puis on le fait. Puis Dieu sait que, chaque jour depuis quatre ans et demi, il se produit quelque chose dans le système de santé. Ça fait que, chaque jour, j'ai des commentaires à faire sur ce qui se produit dans le système de santé, mais ça mérite profondément encore maintenant, puis ça va continuer à le faire, quand je vois que... Lorsqu'on a des problèmes, il faut que, moi, j'explique puis que je convainque l'établissement de sortir. C'est en train de changer. C'est en train de changer puis c'est une bonne chose.

Regardez ce qui se passe avec les infections nosocomiales. On assiste de plus en plus à des activités de communication, là, proactives des établissements où ils sortent de leur propre chef pour informer la population. Ça, c'est le genre de communication puis d'imputabilité qu'on veut voir. Puis, en fin de route, c'est certain que l'imputabilité finale se trouve au niveau du ministère. Quand je vais dans les autres pays — puis je termine là-dessus — les gens sont assez renversés de voir qu'il y a cette inversion du fardeau de l'imputabilité par rapport à ce qui existe dans d'autres systèmes de santé.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Je vais céder la parole maintenant à M. le député de Marie-Victorin.

### Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine

#### Calendrier de réalisation

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. M. le ministre, j'aimerais ça discuter avec vous des mégahôpitaux: CHUM, CUSM et centre hospitalier de Sainte-Justine. Est-ce que l'échéance de 2010 est toujours valide?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** On a dit, la dernière fois que cette question a été apportée, que les échéanciers définitifs seraient connus lors de l'annonce, d'une part... mieux connus lors de l'annonce du mode de réalisation et connus de façon plus définitive lors de l'octroi des contrats. Ce qui est certain, c'est que les hôpitaux, puis on l'a déjà dit, puis il n'y a pas de problème à le redire aujourd'hui, ne seront pas terminés en 2010, autant le CHUM que l'hôpital de McGill. On sera en construction cependant sur les deux sites en 2010 et en 2011. En 2011, beaucoup de bâtiments auront sorti de terre, seront sortis de terre, mais, pour l'ouverture, on aura à attendre le rapport final des professionnels qui seront au dossier et l'ouverture

des soumissions finales, autant sur les coûts que sur les échéanciers. Il est certain que les deux hôpitaux ne seront pas terminés en 2010. Ce n'est pas une nouvelle, ça a été dit déjà il y a quelques mois.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci. Donc, quand vous dites que 2011 est un repère important — hein, c'est bien ce que vous avez déclaré, si je ne m'abuse; 2011, repère important — ça veut dire... Qu'est-ce que ça veut dire, «un repère important»?

**M. Couillard:** Ça veut dire sur les deux sites... En fait, il y a trois projets. Il ne faut jamais oublier, puisqu'on parle toujours des deux projets, mais il y a Sainte-Justine également. Mais, sur les deux importants projets de grands hôpitaux, là, en grande partie rénovés ou neufs, des constructions sorties de terre, autant sur le campus Glen que sur le site du centre-ville de Montréal, autant le centre de recherche... Il y a plusieurs composantes dans les projets, c'est ce dont il faut se souvenir.

A l'Université de Montréal, en fait, au CHUM, il y a essentiellement trois composantes. Il y a la construction de la partie neuve de l'édifice, il y a la construction d'un centre de recherche neuf qui représente le double du centre de recherche actuel, puis il y a la rénovation de la partie actuelle occupée par l'Hôpital Saint-Luc.

Du côté de McGill, le projet se décompose également en deux grandes parties: ce qu'on appelle le campus Glen, qui comprend les nouvelles installations sur le terrain Glen, l'hôpital pour adultes, l'hôpital pour enfants et le centre de recherche, et la rénovation de l'Hôpital général de Montréal, ce que j'appelle maintenant le campus de la montagne.

**M. Drainville:** Qu'est-ce que vous m'avez dit, la deuxième partie?

**M. Couillard:** L'Hôpital général de Montréal, ce qui est appelé par l'hôpital de McGill le campus de la montagne. D'ailleurs, si on se promène en ville, on voit maintenant que c'est la façon dont ils le dénomment.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci. Est-ce que vous vous êtes donné une année, je dirais, le plus tard, le plus tard où est-ce que les deux constructions seront terminées?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** On n'a pas encore d'idée tout à fait précise de cela. Cependant, les travaux actuels des professionnels, puis il reste à les préciser — autant sur les coûts que les échéanciers, ces travaux ne sont pas définitifs — nous amènent à une fin générale des travaux autour de 2013, parce qu'il y a plusieurs composantes à ajouter de part et d'autre, puis toutes les composantes normalement devraient être terminées autour de cette date-là.

Mais, comme je l'ai fait pour les coûts, je répète qu'on procède, pour la première fois depuis longtemps

au Québec, en fait pour la première fois, avec une gestion véritablement professionnelle de ces grands dossiers de construction. Donc, il faut se garder de faire des prédictions sur les coûts et les échéanciers avant que le moment soit venu. La prochaine étape qui nous attend assez prochainement, c'est l'annonce du mode de réalisation, de l'entrée des professionnels sélectionnés dans les hôpitaux, que ce soient les directeurs de projets, architectes, ingénieurs maîtres, de la préparation du processus qui viendra, l'initiation du processus qui verra à faire l'adjudication des contrats, et c'est lorsqu'on ouvre les contrats puis qu'on connaît exactement le coût final des projets, et c'est là qu'on peut parler alors de dépassement ou pas pendant l'exécution des travaux, et également le calendrier de réalisation selon les différentes phases. Il est possible qu'il y ait des composantes qui soient ouvertes avant d'autres pour les patients. Mais pour l'instant c'est trop tôt pour répondre précisément à cette question.

#### **Estimation des coûts de réalisation**

**M. Drainville:** Donc, il est possible que les coûts soient supérieurs aux 3,6 milliards qu'on a donné comme chiffres jusqu'à maintenant, en fait qui sont les derniers chiffres que vous nous avez donnés, que vous avez...

● (15 h 30) ●

**M. Couillard:** Ce qu'on a dit à l'époque puis qu'on répète aujourd'hui, c'est que ces chiffres, et je l'ai dit plusieurs fois pour être bien certain d'être bien compris, ces chiffres ne sont pas l'évaluation finale des coûts. L'évaluation finale des coûts, elle va être reconnue et connue lors de l'ouverture des contrats définitifs. Ce qu'on a actuellement, c'est le résultat de travaux d'évaluation d'experts, qui devient de plus en plus précise à mesure qu'on avance dans le dossier.

Ce qu'il faut réaliser également, c'est que ces coûts qui ont été communiqués en avril, qui sont environ de 1,5 et plus milliard par projet, représentent toutes les composantes réunies. C'est plus que le CHUM, par exemple. C'est le CHUM, c'est-à-dire la construction des bâtiments neufs, hôpital, centre de recherche, la rénovation de Saint-Luc et la rénovation de Notre-Dame, qui ne fait pas partie du CHUM. Il y a également, dans ce montant, les montants consacrés à l'inflation, aux provisions pour imprévus, etc. Et la même chose du côté de l'Université McGill.

Donc, ce que M. Gignac, notre directeur exécutif, a fait dans un briefing technique aux journalistes, lors de l'annonce du printemps dernier, c'est de leur expliquer quelle est la façon normale de gérer un projet de cette ampleur, qui vise à progressivement devenir de plus en plus précis dans les coûts et les échéanciers, à mesure que les travaux techniques avancent. Et l'erreur qu'on a faite politiquement, au Québec, au cours des dernières années, dans de nombreux projets de grande taille, pas des hôpitaux, d'autres comme le métro de Laval ou d'autres projets semblables, c'est de se précipiter avec une annonce finale d'un coût, tout en sachant fort bien que les travaux ne sont pas terminés, et on se ramasse nécessairement, quelques mois plus tard ou quelques années plus tard, avec des coûts qui sont différents. Ce coup-là, encore une fois, on a fait le pari de dire à la population exactement quelle est la situation de ces coûts-là, et, chaque fois qu'on aura une nouvelle information, elle va être communiquée à la population.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Désolé pour le cellulaire, M. le ministre, c'est un oubli.

**Le Président (M. Kelley):** ...d'amende.

#### **Moment prévu de la fin des travaux du CHUM et du CUSM**

**M. Drainville:** Vous me collecterez à la fin, M. le Président.

M. le ministre, est-ce que vous comptez construire les deux centres hospitaliers simultanément et est-ce que vous croyez que de façon générale la fin des travaux surviendra à peu près — on ne parle pas de jours, là, mais — grosso modo au même moment pour les deux gros ouvrages, là, les deux mégas?

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Les deux constructions vont cheminer parallèlement. On n'a pas d'objectif, nous, de les débiter le même jour puis de les terminer le même jour. À partir du moment où les travaux sont en cours, des professionnels, ce qu'on dit aux deux établissements, c'est que votre rapidité à exécuter les travaux devient rapidement la source des échéanciers et de l'étalement de ce qu'il vous reste à faire.

On a quand même, je dirais, traversé des étapes extrêmement importantes au cours des dernières semaines, ce qui nous permet d'arriver à la prochaine étape, qui est l'annonce du mode de réalisation au cours des jours qui viennent ou des semaines qui viennent. C'est l'approbation des programmes fonctionnels et techniques des deux grands hôpitaux — c'est majeur comme travail — avec les deux éléments qui doivent nécessairement accompagner les programmes fonctionnels et techniques, que sont le plan clinique — qu'est-ce qu'on va faire, à qui, en quelle quantité dans chacun de ces hôpitaux — et une simulation du budget de fonctionnement de l'an 1, de fonctionnement de ces hôpitaux-là. Alors, ces travaux-là, sous l'autorité et la coordination du directeur exécutif, avec les équipes des deux et également de Sainte-Justine, des deux grands centres hospitaliers, ont été faits. C'est ce qui nous permet d'avancer plus loin.

Mais on n'a pas actuellement, nous, de principe qui nous dit que les deux projets doivent être absolument terminés le même jour ou débiter le même jour. Chaque fois qu'il y en a un qui est prêt, il peut faire un pas supplémentaire, et il n'y en a aucun qui est à la remorque de l'autre.

#### **Estimation des coûts des délais supplémentaires de réalisation**

**M. Drainville:** Avez-vous fait une évaluation des coûts qu'entraîneront des délais supplémentaires?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, c'est certain, mais il faut les mettre dans la balance. C'est ce que le directeur exécutif, M. Gignac, nous rappelait récemment. Des délais bien sûr apportent des coûts en termes des résultats de l'inflation

du milieu de la construction, le taux de l'inflation, qui est autour de 3 %, 4 % dans le niveau de la construction mais qui varie d'année en année. Mais ce que M. Gignac nous rappelle avec ses professionnels, les gens qui l'entourent, c'est que ces coûts attribuables à l'inflation d'abord sont déjà provisionnés. On a déjà consenti à assurer l'inflation, comme on fait d'ailleurs dans tous les projets immobiliers — et ce qui n'est jamais communiqué à la population dans les grands projets, en passant, mais qui va l'être maintenant pour les centres hospitaliers universitaires — mais que ces coûts supplémentaires dus à l'inflation et au temps qui passe sont largement compensés par les économies apportées par une planification plus rigoureuse. Et ça, ça a été démontré dans tous les coins du monde où il y a des grands projets comme ça qui ont été faits.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. M. Porter, Arthur Porter, le P.D.G. du CUSM, affirmait que les coûts supplémentaires liés à chaque jour de retard représenteraient 100 000 \$ par hôpital. Là, je cite *The Gazette* du 4 novembre 2006. Je sais que par ailleurs, dans d'autres communications, il était question des coûts supplémentaires pour chaque semaine supplémentaire. C'était 100 000 \$ par hôpital. Mais, peu importe que ce soit pour chaque journée supplémentaire ou pour chaque semaine supplémentaire, 100 000 \$ de plus par hôpital, est-ce que ce sont des ordres de grandeur que vous reconnaissez?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, vous savez, ce genre de communication là est fait bien sûr régulièrement parce que chaque établissement veut pousser le gouvernement à accélérer les choses le plus possible. Mais on a rappelé clairement, à plusieurs reprises, aux deux établissements, autant l'un que l'autre, qu'on ne se laissera pas bousculer puis on ne brûlera pas les étapes d'une planification exemplaire. D'ailleurs, le Vérificateur général, qui est en suivi constant de ces projets-là, dans son dernier rapport — et j'invite le député de Marie-Victorin à le reconsulter, ce rapport — indique que le gouvernement fait bien de prendre son temps avant de passer aux étapes suivantes et de tenir compte de la planification professionnelle comme elle doit être faite et comme elle a été mise en place.

Et également la question est la suivante. C'est que les centres hospitaliers devront rentrer dans les budgets qui auront été fixés. Lorsqu'on arrivera au bout de la démarche de coûts et d'échéanciers, bien ça va être le budget des établissements et c'est là qu'on va pouvoir par la suite juger de la présence d'un dépassement ou pas. Et d'ailleurs, de ce côté-là, il est possible qu'effectivement la formule de partenariat public-privé apporte un plus haut degré de sécurité, pas parfait, mais un plus haut degré de sécurité, pour le respect des coûts et des échéanciers, que les méthodes traditionnelles de construction.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Drainville:** Donc, M. le ministre, si je vous comprends bien, vous ne niez pas le fait que les coûts

supplémentaires reliés à d'éventuels délais pourraient être extrêmement importants. Quand on parle de 100 000 \$ par semaine, disons, pour prendre l'estimation la plus conservatrice, ça pourrait être très, très, très important.

**M. Couillard:** ...ce n'est pas la bonne façon dont il faut voir les choses. Il faut accepter le fait... Puis tous les professionnels qui ont déjà géré des grands projets vous le diront. Moi, j'ai étudié ce domaine-là, quand je me suis rendu compte qu'en politique les gens avaient très peu de connaissances de la façon professionnelle de gérer des grands projets de construction, puis on a vu ça à de nombreuses reprises dans le passé. Je répète que les économies apportées par une évaluation plus rigoureuse et un processus de planification dépassent de loin les coûts apportés par des retards de quelques mois, dus à l'inflation du milieu de la construction. Parce que les coûts peuvent être faramineux. Si on coupe les coins rond, si on oublie de compter comme il faut ce qui doit rentrer dans le projet, si on oublie de faire une planification correcte, ça va coûter pas mal plus cher que des retards d'échéancier que, moi, je préfère voir. Je préfère voir des retards d'échéancier qu'une planification incomplète et imparfaite qui va entraîner des coûts considérables, beaucoup plus considérables que les coûts de retards.

**Le Président (M. Kelley):** Peut-être une dernière question, M. le député.

#### Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine

##### Estimation des coûts de réalisation (suite)

**M. Drainville:** Donc, à votre connaissance, M. le ministre, à votre connaissance, l'estimation ou l'évaluation, la dernière évaluation que vous avez rendue publique au mois d'avril 2006, qui est celle d'un coût de construction de 3,6 milliards, à votre connaissance cette évaluation-là tient toujours, et vous n'avez pas été informé que ce chiffre-là était dorénavant dépassé, périmé et qu'il fallait envisager maintenant un coût de construction plus élevé que le 3,6 milliards.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** C'est normal, au stade où on est actuellement, alors que les contrats n'ont pas été attribués, c'est normal que les professionnels au travail dans les deux projets étudient les coûts, autant les coûts supplémentaires qui peuvent être encourus que les risques attachés à chaque projet. Ça fait partie du processus normal de planification des projets. Ce qui est important, c'est qu'on amène les gens dans une démarche de respect de ces enveloppes budgétaires qui ont été préalablement autorisées et de respect intelligent. C'est-à-dire que, si, au cours des prochains mois, parce que c'est des travaux qui vont s'étendre sur plusieurs mois, les experts et les professionnels au dossier dans les deux hôpitaux font — et ils vont le faire — ce qui va leur être demandé, en particulier ce qu'on appelle l'étalonnage international, qui vont nous dire: On est allés voir ailleurs dans le monde ce que ça coûte puis finalement, si vous voulez

avoir l'hôpital comme ça, c'est ça que ça coûte, on va le dire à la population.

Mais actuellement on n'a consenti à aucune augmentation de coûts ni aucune majoration des budgets qui ont été annoncés au printemps. Est-ce que c'est définitif? Non, ce n'est pas définitif. Je répète ce que j'ai dit le printemps dernier: On va laisser les professionnels faire leur travail et on va construire des hôpitaux de qualité, des hôpitaux qui se comparent, quant aux coûts, à ce qui se fait partout dans le monde. Et, une fois que le budget final aura été approuvé, il va être donné par contrat, par appel d'offres, et, à ce moment-là, on jugera de la, comment dire, la présence ou non de dépassements de coûts.

● (15 h 40) ●

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. Maintenant, je suis prêt à céder la parole au député de Laurier-Dorion. M. le député.

### Mécanisme de garantie d'accès à des interventions chirurgicales ciblées

#### Résultats attendus

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. M. le Président, on sait que notre gouvernement a fait de la santé sa première priorité et que des efforts colossaux y ont été investis. On sait que, pour notre gouvernement, l'accès à certains soins spécialisés, entre autres, ont occupé une grande place. Comme illustration claire de cette volonté, le ministre a annoncé, l'année dernière, la mise en place d'un mécanisme de garantie d'accès pour différentes interventions chirurgicales, notamment la hanche, le genou, la cataracte.

J'aimerais donc avoir un petit peu plus de renseignements de la part du ministre concernant la mise en place de ce mécanisme et des résultats souhaités.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, bien sûr l'accès aux soins médicaux spécialisés est un aspect de l'accès aux services et n'est pas le seul aspect. Je dirais que l'aspect qui est au moins aussi important, c'est l'accès au médecin de famille au Québec. Si on demande quel est leur souci principal d'accessibilité, les gens en général vont nous parler du médecin de famille avant de parler de l'accès aux chirurgies.

Mais, sur le plan de l'accès aux chirurgies, je pense qu'il faut reconnaître que, si la situation n'est pas parfaite, elle s'est cependant améliorée de façon considérable, et il y a encore du progrès à faire, non seulement d'après les données que nous avons, mais de celles que les observateurs extérieurs également nous donnent. Par exemple, l'Alliance canadienne sur les temps d'attente, il y a quelques semaines à peine, a publié un bulletin pancanadien où le Québec obtient quatre notes de A et il se trouve également de cette façon en première position au Canada quant à l'atteinte des objectifs d'accessibilité dans plusieurs domaines. Je pense que ça vaut la peine d'être souligné, surtout quand c'est dit par des observateurs extérieurs à la scène québécoise.

Pour ce qui est maintenant de la situation des listes d'attente pour chirurgie, on est parti d'un moment où il y avait autour de 44 000 personnes en attente hors

délai au Québec. Les derniers chiffres nous donnent actuellement 27 500 — 28 000 sur le site Web, mais 27 500, les derniers chiffres — et c'est là que le dénominateur devient très important. Parce que le 27 500 comme tel, en soi, ça ne veut pas dire grand-chose. Il faut mettre en rapport de ça le nombre total de chirurgies faites au Québec par année, et c'est 460 000. Donc, on a à peu près 7 % du volume chirurgical actuel qui est hors délai, ce qui n'est pas du tout la situation, que certains essaient d'accréditer, d'une liste d'attente massive et de problèmes majeurs d'accessibilité. Il y a des problèmes d'accessibilité, mais, lorsqu'on parle de 7 % du volume chirurgical panquébécois, on est dans une échelle différente. La question maintenant est la suivante: Comment est-ce qu'on va aller plus loin? Comment est-ce qu'on va ramener ce chiffre de patients hors délai encore plus bas? Bien, c'est en mettant en place les mécanismes de gestion de la liste d'attente, des budgets supplémentaires et le recours intelligent à la participation du secteur privé.

Alors, le mécanisme de gestion a commencé au 1er juin, le mécanisme de gestion dans les hôpitaux, où chaque établissement a nommé son responsable de l'accès. Chaque établissement commence à informer les patients inscrits sur la liste d'attente de leur situation. Après 30 jours d'inscription, ils vont commencer à être contactés. On sait qu'il y a déjà des régions qui ont mis au programme opératoire des personnes qui étaient hors délai et qui s'étaient accumulées sur la liste. Et c'est là que se trouve une grande partie de la solution. Pas la seule solution, mais une grande partie de la solution se trouve dans la meilleure gestion des listes d'attente et également dans la mesure correcte des listes d'attente. C'est pour ça qu'on introduit des outils informatiques pour suivre les listes d'attente de trois chirurgies d'abord, hanche, genou et cataracte, puis par la suite pour l'ensemble des chirurgies. S'ajoute à ça le recours intelligent au secteur privé. Par «intelligent», je veux dire le secteur privé au service du réseau public et non pas à ses dépens. De là le principe de clinique affiliée qui a été introduit par la loi n° 33 et des expériences déjà mises en place actuellement dans nos régions.

Je voudrais, M. le Président, profiter de l'occasion pour illustrer mes propos quant à ce qui se fait avec le secteur privé ici même, à Québec, pour la résonance magnétique. J'ai eu l'occasion de rencontrer il y a quelques jours, à mes bureaux, la responsable régionale de l'accès pour la région de la Capitale-Nationale, qui gère en particulier, outre les questions de chirurgie hanche, genou, cataracte et autres, la question de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire. Alors, l'agence de Québec, par son initiative, et c'est une initiative qu'on va vouloir étendre ailleurs, a mis en place une surveillance des délais d'attente où, lorsqu'un citoyen arrive à x semaines de délai d'attente pour sa résonance magnétique, cette personne-là est automatiquement dirigée, sans qu'elle ait à intervenir, vers une clinique privée de Québec, où elle obtient sa résonance magnétique sans frais, payée par l'État. Et avec ça les délais ont diminué en résonance magnétique, à Québec, de façon absolument considérable. Donc, ce recours bien intégré, bien compris, aux dispensations privées de services, les cliniques affiliées ou les ententes avec les cliniques d'imagerie et les cliniques de chirurgie, ça va faire partie également de la solution au cours des prochaines années, surtout dans les milieux urbains. Je ne pense pas que les régions autres que les

régions urbaines aient besoin d'utiliser cet outil-là, mais je crois qu'on est dans une direction qui est une direction intelligente et intéressante.

Et deux éléments, pour conclure également là-dessus. D'abord, on entend souvent, de la bouche de l'opposition, le fait que c'est parce qu'on a changé quelques éléments des repères d'accessibilité que les chiffres se sont améliorés. Or, c'est faux. L'impact de ces changements-là est marginal. On parle de deux changements seulement qui ont été faits. C'est pour hanche et genou, où on a augmenté, avec le concours et la collaboration des médecins concernés et des associations d'orthopédistes et d'ophtalmologistes, comme le fait le reste du Canada, sur une base scientifique, le délai médicalement nécessaire ou demandé de trois à six mois. Mais ce n'est pas ça qui a fait passer de 44 000 à 27 500 le nombre de patients en attente hors délai. C'est, beaucoup plus largement que ça, les actions qui ont été prises pour mieux gérer les attentes et augmenter les volumes de chirurgie.

Je rappelle qu'on a injecté 50 millions de dollars récemment dans le réseau de la santé pour augmenter le nombre de chirurgies. On a ajouté également aux masses des médecins spécialistes la somme de 10 millions de dollars pour les rémunérer pour ces actes médicaux supplémentaires là, de sorte, je crois, qu'on est dans la direction où on va pouvoir étendre cette accessibilité améliorée à l'ensemble des procédures médicales spécialisées.

Il ne faut pas oublier également que, dans la problématique des urgences, la question des chirurgies a un lien, c'est-à-dire que c'est deux problématiques qui souvent entrent en collision l'une avec l'autre. Si on fait beaucoup d'efforts sur l'accessibilité pour les chirurgies, ça peut avoir un impact sur les listes d'attente à l'urgence parce que les lits sont occupés par les patients qui ont besoin d'être opérés. Alors, ce qu'on a demandé dans les établissements, c'est de ne pas améliorer le problème des urgences aux dépens de la chirurgie. Il faut savoir qu'historiquement c'était fait comme ça. Moi, quand j'étais chef de chirurgie, ça me frappait toujours que, dès qu'on avait un problème à l'urgence, la solution, c'était de fermer une salle d'opération pour quelques jours. On ne peut pas fonctionner comme ça parce qu'on va toujours être d'un problème à l'autre où parfois la chirurgie va aller mieux, parfois la salle d'urgence va aller mieux, et souvent aux dépens les uns des autres.

Alors, il faut apprendre, et c'est l'instruction qu'on a donnée au réseau, ce qui, en passant, peut expliquer un peu, pas totalement, un peu l'année difficile qu'on a connue. Parce qu'on a demandé au réseau de la santé de ne pas agir sur le problème d'urgence aux dépens de l'accessibilité à la chirurgie, ce qui fait que l'accessibilité à la chirurgie a pu progresser cette année mais a rendu un peu plus compliquée la question des salles d'urgence. Mais, dans un réseau de santé qui se tient bien, normalement, on devrait pouvoir s'occuper des patients à la salle d'urgence sans nuire à l'accessibilité à la chirurgie.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Laurier-Dorion.

#### Suivi de la mise en application

**M. Sklavounos:** Oui. Une question complémentaire, en quelque sorte. Il y a eu effectivement, de ce

que je comprends, mise en place de certains mécanismes afin de pouvoir mettre en place cette politique. J'aimerais savoir s'il y a un suivi ou comment qu'est vérifiée la mise en place de ces mécanismes?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, on a déjà eu l'occasion de donner ces explications, mais il est bon de les répéter pour bien informer nos concitoyens qui vont recevoir des téléphones de leur établissement de santé dans le cadre de cette façon de gérer les listes d'attente.

D'abord, le jour zéro est le moment où la requête opératoire est signée par le médecin, accompagnée du consentement écrit par le patient. Ça a l'air anodin, là, mais on est dans une situation où, pendant des années, on a eu quelques personnes sur les listes d'attente qui ne savaient même pas elles-mêmes qu'elles devaient être opérées. C'est un exemple parmi d'autres de la nécessité de valider les listes d'attente correctement. Une fois ce jour zéro fixé, au 30<sup>e</sup> jour, on vérifie ce qui est arrivé, on vérifie que la date de la chirurgie a été fixée pour le patient et on se prépare, à partir du moment où on se rend compte qu'on ne réussira pas à atteindre la cible de six mois pour les trois chirurgies concernées, on se prépare à proposer aux patients une offre alternative, une autre solution.

La première solution, c'est d'être opéré dans son hôpital. Alors, nous, si l'hôpital veut opérer le soir, le samedi matin, on n'a pas de problème avec ça. Ils peuvent le faire, mais il faut s'assurer que les gens n'attendent pas plus de six mois pour leur chirurgie.

La deuxième possibilité — et c'est toujours selon que le patient y consente ou pas; si la personne ne veut pas utiliser cette offre-là, c'est son choix, entièrement respecté — c'est d'être opéré par un autre médecin de l'équipe, qui parfois a des listes d'attente moins longues, ou ensuite dans un autre hôpital de la région, dans une autre région, puis ultimement même on est prêts — puis on va le faire, on est en train de négocier d'ailleurs des ententes préétablies pour ça — à référer le patient dans le réseau privé non participant ou hors Québec puis payer les frais. Parce que c'est l'accessibilité qui est notre priorité.

Mais normalement, dans la grande, grande majorité des cas, la solution, elle doit se trouver dans l'hôpital lui-même, avec le médecin qui a fait la demande d'admission. Et c'est pour mettre de la pression sur le système qu'on fait ça, pour s'assurer que les gens se mettent tous à l'ouvrage avec le même objectif en tête, c'est de donner des chirurgies en dedans des six mois qui sont prescrits pour ces trois chirurgies-là. C'est la première fois au Canada qu'un gouvernement fait ça de façon législative et de façon organisée. Une fois qu'on aura appris à se servir de cet outil-là, par la suite on va l'étendre à d'autres types d'opération, d'autres types de procédure diagnostique, d'imagerie par exemple, de façon à couvrir l'ensemble des procédures spécialisées.

● (15 h 50) ●

Ce qui ne veut pas dire qu'en même temps on ne fait pas d'effort pour le médecin de famille puis le lien entre le médecin de famille puis le spécialiste. Il faut tout faire à la fois, mais, pour ce qui est de l'accès aux chirurgies, je pense qu'il y a un progrès important qui a été fait. La mise en place du mécanisme de gestion

également est très prometteuse, et on suit ça. Moi, je rencontre personnellement à mon bureau les présidents de toutes les agences régionales, un par un, qui vont m'expliquer comment ils vont arriver aux résultats pour les trois chirurgies. On a déjà des communications qui nous viennent de certains établissements, où on nous donne le nombre de patients qui sont inscrits, le nombre de patients qui ont déjà été programmés pour la chirurgie, et on va suivre ça de très près, notamment avec l'aide de nos systèmes informatiques qu'on va pouvoir déployer le plus rapidement possible.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée de...

**Mme Charlebois:** Soulanges.

**Le Président (M. Kelley):** ...Soulanges.

### **Stratégie de promotion de saines habitudes de vie**

**Mme Charlebois:** Merci, M. le Président. Alors, bonjour, M. le ministre, et je profite de l'occasion pour saluer tous vos collaborateurs. Étant une adepte, au premier mandat, entre 2003 et 2007, de la Commission des affaires sociales, ça me rappelle de vieux souvenirs d'être assise ici.

Alors, moi, je voudrais aborder des questions quant à la prévention ou en tout cas à la promotion de saines habitudes de vie. Comme vous le savez, M. le ministre, vous m'avez peut-être un peu aidée dans mon cheminement, mais vous savez que ça fait bientôt deux ans presque que j'ai arrêté de fumer. Alors là, je suis rendue à l'étape d'adopter les bonnes habitudes de vie, et j'aimerais pouvoir vous entendre un petit peu parler plus là-dessus, à savoir de quelle façon le ministère en fait la promotion et de quoi il en retourne à l'intérieur du ministère, là, quand on parle de prévention. Quels sont les aspects importants, là, qui sont touchés et, je pense, qui avaient été abordés d'ailleurs lors du Forum des générations en 2004?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, merci, M. le Président. La députée de Soulanges témoigne d'une réalité qui heureusement est vue partout au Québec puis d'ailleurs une réalité dont le succès repose sur l'ensemble des partis politiques représentés ici, surtout le Parti québécois et le Parti libéral du Québec pour la première Loi sur le tabac, adoptée en 1998, et l'ensemble des parlementaires pour la deuxième loi, adoptée sous notre gouvernement mais qui a été adoptée à l'unanimité de l'Assemblée nationale, également.

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** Bien oui, j'ai toujours... D'ailleurs, je vais avoir du plaisir à dire au député de Marie-Victorin les quelques bonnes choses qui ont été faites par son parti politique alors qu'il dirigeait le gouvernement du Québec et qui n'effacent pas malheureusement des problèmes majeurs... Mais on aura certainement l'occasion... D'ailleurs, ses collègues pourront lui témoigner du fait que j'ai souvent fait ça. J'ai souvent dit en commission parlementaire: Bien, ça, c'était une bonne idée. Exemple:

le concept de groupe de médecine de famille, très bonne idée. Exemple: les plans d'effectifs régionaux, une bonne idée. Il y a des bonnes choses qui ont été faites, et heureusement — pendant neuf ans, il faudrait bien en avoir fait une couple — mais malheureusement elles ont été compensées, malheureusement négativement, par d'autres éléments comme ceux qu'on discutait ce matin.

Donc, les résultats qui nous parviennent déjà montrent que le tabagisme a déjà chuté de façon appréciable au Québec, en fait beaucoup plus que ce qu'on avait anticipé lors de l'adoption de la loi. On est déjà passés de 24 % à 20 % à l'automne 2006, ce qui est considérable comme diminution, même surprenant. Et ce qui est intéressant, c'est que cette diminution est surtout attribuable à une baisse du tabagisme chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans, où ça a baissé de 37 % à 24 %. Alors, je sais que la députée n'est pas loin de ce groupe d'âge là certainement — juste à la voir, on le voit tout de suite — mais elle est certainement un témoin vivant du succès qu'on a eu, là, dans notre action sur le tabagisme. Je mentionne le tabagisme parce que c'est probablement un des éléments de prévention le plus important au Québec. On a, au Québec, un taux de mortalité par cancer plus élevé que le reste du Canada, largement dû au fait qu'on a un taux de tabagisme plus élevé que dans le reste du Canada.

Il y a également la promotion des autres bonnes habitudes de vie, qui sont l'alimentation et l'exercice physique, puis là-dessus il faut encore rappeler un succès collectif de notre Assemblée nationale récemment, l'adoption de la loi n° 1 sur la création du fonds gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie, avec la Fondation Chagnon, qui va nous permettre d'investir, en plus de ce que nous consacrons déjà à la prévention et à la promotion, 40 millions de dollars par année à la prévention, surtout chez les jeunes enfants, promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique.

Rappelons également l'ajout de 1 h 30 min d'éducation au primaire, qui permet d'assurer au moins deux heures de cours d'éducation physique par semaine, la campagne de notre sympathique bonhomme bleu, Vasy, que tous connaissent et apprécient, j'en suis certain, et la poursuite de programmes comme Québec en forme, Kino-Québec, etc. Donc, il faut continuer ces efforts parce que ça fait partie des clés qui nous aideront à assurer la pérennité de notre système de santé, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Une courte dernière question. Mme la députée de Soulanges.

**Mme Charlebois:** Bien, en fait, ça se veut plus un commentaire, et, si ça peut reconforter les collègues ici, effectivement, M. le ministre, je suis une preuve vivante que la loi antitabac, c'est ce qui m'a incitée à arrêter de fumer. Parce que je savais qu'en ayant moins de fumée autour ce serait plus facile pour moi. Puis je confirme que, pour la suite des choses, pour avoir parlé à d'autres personnes qui ont arrêté de fumer, quand on va dans les restaurants, quand on va dans des salles... puis peu importe l'endroit où on se retrouve, effectivement ça a un effet très, très, je vous dirais, positif pour les gens qui sont susceptibles d'être peut-être un peu plus à risque. Alors, je pense que ça vaut la peine qu'on se félicite tous de cette loi-là, même si parfois ça peut déplaire à certains

fumeurs encore, là. Je pense à certaines personnes de ma famille. Mais bon je pense que dans l'ensemble c'est pour le bien-être de la population en général. Je pense à ma famille, moi, mes enfants, mon mari qui n'ont plus à supporter ça, mais je pense que c'est un bien.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, Mme la députée. M. le ministre.

**M. Couillard:** ...particulièrement pour les citoyens qui nous écoutent, annoncer deux éléments de mise en place de la loi pour mai 2008, qu'on s'y prépare ensemble tous, collectivement: d'abord, l'interdiction des fumeurs dans les lieux de travail, dont l'Assemblée nationale du Québec, à partir de mai 2008 et également l'interdiction de l'étalage dans les sites de vente, vous savez, ces grands murs d'étalage de produits de tabac, qui disparaîtront à partir de la même époque, mai 2008, comme d'ailleurs dans la province voisine.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup pour ces précisions. Bravo, Mme la députée! Ça fait, au mois de juillet, 25 ans que le président n'a pas fumé. Alors, je suis également membre du club des anciens fumeurs. M. le député de La Peltrie.

#### Mise en oeuvre d'une politique de diminution du nombre de lits dans les CHSLD

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Alors, on poursuit avec l'aspect budgétaire, l'aspect financement. Il y a une opération ou une politique au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux pour diminuer le nombre de lits dans les CHSLD, avec une transition pour le maintien à domicile, les soins à domicile. Je prends l'exemple peut-être plus particulier, que le ministre connaît bien et M. le Président, de l'Hôpital d'Amqui, où c'est l'aile au complet...

**Une voix:** ...

**M. Caire:** L'Hôpital d'Amqui, M. le Président, où c'est l'aile au complet qu'on va fermer. Mais il y a d'autres cas comme ça à travers la province. Je ne veux pas en faire un cas particulier, là, je le prends à titre d'exemple, mais c'est un cas d'espèce où le problème qu'on soulève, c'est le fait qu'on diminue le nombre de lits ou, dans le cas de l'Hôpital d'Amqui, qu'on ferme l'aile avant d'avoir mis en place les services au niveau du CLSC pour s'assurer que les personnes âgées, les aînés qui vont être retournés chez eux auront le soutien nécessaire. Je sais que les responsables du Centre hospitalier d'Amqui ont demandé au ministre une pause dans la décision, là, qui a plus ou moins été accordée, là, si j'ai bien compris, et je sais que d'autres centres hospitaliers ont fait la même démarche.

Est-ce que le ministre peut nous dire si, dans son plan, il prévoit inverser le processus, c'est-à-dire mettre en place les services dans les CLSC, pour ensuite diminuer le nombre de lits et/ou fermer carrément des ailes, si c'est ça, la décision?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, en fait je veux juste corriger certains éléments. Le plan d'action ne vise pas à diminuer le nombre de lits de CHSLD au Québec. Globalement, en fait, au net, le nombre de lits va augmenter. Il y a des régions cependant où il va diminuer puis il y a des régions où il va augmenter, dont la région de la Montérégie, qui est une région où le nombre de lits de CHSLD va augmenter.

Pour le cas de l'Hôpital d'Amqui, en fait c'est un excellent exemple. J'ai eu l'occasion récemment de rencontrer les gens de l'établissement et le préfet de la MRC avec notre consœur la députée de Matapédia, qui était également présente, et c'est un exemple tout à fait classique de ce qu'on a fait déjà à plusieurs endroits au Québec, et qui a bien fonctionné, et qui fonctionnera bien encore avec les précautions d'ailleurs que le député de La Peltrie a mentionnées dans sa question. Le but est le suivant. On a, à Amqui, des lits non utilisés. C'est plus que des lits calculés comme étant peut-être supplémentaires, c'est des lits qui sont non utilisés. Je pense qu'il y en avait 22 ou 23, lits qui n'étaient pas utilisés, à cet endroit-là, et l'opération vise à transformer ces lits-là — c'est pour ça que je préfère «transformer» que le terme «fermer»; transformer ces lits-là — en services accrus de soins à domicile et en services accrus dans le centre hospitalier.

Maintenant, avec justesse, chaque fois qu'on fait cette opération-là, les gens des régions nous demandent deux choses, surtout une petite localité comme Amqui, où le nombre de la population est restreint. D'abord, les gens sont inquiets pour les emplois. Parce que 30 emplois à Montréal ou à Québec, c'est 30 emplois. C'est important, mais ça se perd dans une masse d'emplois importante, puis les gens ont des alternatives. Quand on habite à Amqui, dans une petite localité, 20, 25, 30 emplois, c'est absolument majeur, hein? Alors, il n'y a pas de perte d'emploi. Tous les employés sont intégrés dans les services à d'autres tâches mais ils continuent à travailler pour le réseau de la santé. Et les régions ont raison de souligner, puis c'est ce qu'on veut également, que les services doivent être disponibles avant qu'on procède à la transformation. C'est pour ça que, dans tous ces cas-là, on accorde des budgets de transition pour faire cette transition-là. Il faut que les citoyens voient les nouveaux services, et ensuite ça devient très accepté dans la communauté, de procéder au changement.

● (16 heures) ●

Il y a d'autres endroits où on l'a fait au Québec, où ça a suivi exactement la même logique, et, à chaque fois, les citoyens, après coup, s'en disent satisfaits. Ce dont ils ont peur et ce qu'ils craignent, c'est qu'il y ait un hiatus de plusieurs mois où on interrompe les lits de soins prolongés pour, par la suite, développer les services, mais quelques mois plus tard seulement. Alors, on veut que ce soit simultané. Et ces opérations-là ne sont pas faites de façon aveugle, c'est-à-dire que le plan d'action gouvernemental sur la prise en charge des personnes avec la perte d'autonomie, d'ailleurs inspiré du rapport sur le Danemark dont le député parlait — c'est ça qui a créé le plan d'action littéralement — vise à rapporter le taux d'hébergement d'aînés au Québec à un niveau comparable à ce qui se fait ailleurs en proposant des alternatives. Et ce plan-là se décline en chaque plan régional. Alors, le plan de la Montérégie est totalement différent du plan de Montréal, qui est totalement différent du plan de la Gaspésie ou du Bas-Saint-Laurent, parce que chaque solution est différente.

Je rappelle, en terminant, que, dans le dernier budget, on annonce la construction de 1 000 places neuves de CHSLD à même le fonds d'infrastructures que la ministre des Finances a annoncé, qui d'ailleurs va permettre d'augmenter la dette du Québec contrairement aux vœux de l'ADQ.

**Le Président (M. Kelley):** Argument nouveau. M. le député de La Peltrie.

**Financement des soins à domicile dispensés par les CLSC par suite de la fermeture de lits de CHSLD**

**M. Caire:** J'ai de la difficulté à croire que c'est une bonne nouvelle d'augmenter la dette, mais bon.

Ceci étant dit, M. le Président, je comprends bien le processus. Ma question ne portait pas sur le processus dans son ensemble, mais bien sur des craintes qui ont été exprimées par des citoyens, qui m'apparaissent fondamentales, et j'aimerais un complément de réponse de la part du ministre. Ce qu'on nous rapporte — et je voudrais entendre le ministre là-dessus; ce qu'on nous rapporte — c'est que les soins à domicile ne sont pas mis en place au moment où les lits seront transformés — si le ministre préfère cette expression-là, je n'ai pas de problème avec; où les lits seront transformés — mais où il y a une réalité où des aînés vont retourner chez eux, seront maintenus à domicile, ce qui fondamentalement est une bonne chose, dans la mesure évidemment où les soins sont mis en place.

Est-ce que le ministre peut nous dire, dans ce plan-là qui a été mis de l'avant par son ministère, combien d'argent a été alloué justement à la transition, à la mise en place, au soutien aux CLSC pour les soins à domicile, dans cette perspective-là? Et, peut-être d'une façon plus particulière, est-ce que le ministre peut nous dire dans le cas d'Amqui combien d'argent a été alloué pour cette transition-là? Parce que les gens auxquels le ministre faisait référence semblaient dire que la transition sur le terrain ne se faisait pas. On mettait un peu la charrue en avant des boeufs, on fermait les lits ou on transformait les lits, puis après ça, on s'assurait qu'il y aurait des soins pour les aînés.

Alors, je veux juste avoir des clarifications là-dessus, s'il vous plaît.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** L'agence régionale a reçu l'autorisation de procéder au financement de mesures de transition, s'il y en a qui sont nécessaires, mais il faut dire que c'est déjà commencé. C'est parce que l'agence a déjà commencé à faire la transformation de services que, sur les 31 lits de CHSLD... Il y a 31 lits de CHSLD qui sont non utilisés pour l'hébergement permanent actuellement dans cette région-là. 15 sont vacants, et le reste utilisé seulement pour l'hébergement de transition. Alors, on voit que cette transformation-là, elle est déjà commencée. Les services vont être disponibles. On parle de services à domicile rehaussés. On parle également de nouveaux services d'oncologie à l'Hôpital d'Amqui, un hôpital d'ailleurs qu'on a soutenu avec un tomodynamomètre et des aides pour le recrutement médical. Donc, il n'y a pas de craintes à avoir, les services vont être rehaussés au

moment où la dernière transformation va être faite, et les budgets seront présents en région. Quant aux montants qu'on a attribués, il y a déjà eu 200 000 \$ qui a été attribué à cette localité-là au cours des deux dernières années, pour commencer cette transition-là, et ça va continuer au cours des mois et des semaines qui suivent.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** M. le Président...

**M. Couillard:** Je voulais juste ajouter, M. le Président — excusez-moi: il n'y a actuellement aucune liste d'attente pour des places d'hébergement dans cette région-là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Ma question visait essentiellement à rassurer les citoyens quant au fait qu'on procédait dans le bon ordre, ce qui ne semblait pas être le cas. Je ferai part de la réponse du ministre aux citoyens concernés et je leur laisserai évaluer de la pertinence de la réponse.

**Groupe de travail sur le financement du système de santé**

**Budget prévu**

Ceci étant dit, M. le Président, je voudrais arriver sur un autre sujet qui est assez fondamental dans le plan qui a été annoncé par le gouvernement dans le dernier budget. Je parle évidemment de la commission Castonguay, qui est, je comprends, le fer de lance du gouvernement dans sa réflexion sur le financement des services de santé au Québec. Et, du côté de l'opposition officielle, évidemment la présence de M. Castonguay a quelque chose de rassurant au niveau de la réflexion.

Par contre, ma question, la question que je voulais poser au ministre, c'est: Pour assurer le bon fonctionnement de cette commission-là, il y a nécessairement des budgets qui doivent être alloués. Est-ce que le ministre peut me dire le budget global de fonctionnement de la commission Castonguay?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, avant de parler de budget global — puis on va y pourvoir comme on l'a fait pour les autres commissions précédentes — il va falloir nommer des vice-présidents. Ce qu'on me dit, c'est qu'actuellement autant un parti de l'opposition que l'autre n'ont pas nommé, n'ont pas suggéré de vice-présidents pour M. Castonguay. Alors, la commission, actuellement elle a une aile en l'air puis elle attend de commencer. Je pense que c'est une approche d'ouverture du gouvernement d'avoir voulu consulter les deux partis d'opposition pour épauler M. Castonguay. Je suis surpris qu'on ait encore, aujourd'hui, à déplorer qu'il n'y a pas eu de suggestions qui ont été faites, me dit-on. Ces suggestions doivent bien sûr recevoir l'aval de M. Castonguay, qui

est le président de la commission, mais l'étape de consultation des deux partis de l'opposition est essentielle.

Quant à l'organisation matérielle, je peux vous dire qu'il y a déjà des locaux qui sont réservés pour M. Castonguay, à Montréal, pour faire son travail. Il aura un support secretarial complet. Il aura accès à toutes les données nécessaires du ministère de la Santé, du ministère des Finances du Québec, en tout temps. J'ai déjà rencontré, il y a quelques jours, M. Castonguay privément, rencontré également la ministre des Finances. Alors, il est prêt à commencer à travailler. Je pense qu'il a quelques jours d'absence actuellement pour des raisons personnelles. Mais j'enjoins les deux partis d'opposition à entreprendre des conversations beaucoup plus actives quant à la soumission de noms de coprésidents ou de vice-présidents de cette commission qui aura à poursuivre la réflexion sur le financement de la santé.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Oui. M. le Président, je vais rassurer le ministre, d'entrée de jeu, il y aura, de la part de l'opposition officielle, une suggestion qui va suivre. Il y a eu des discussions à l'interne là-dessus.

Ceci étant dit, M. le Président, je m'interroge un peu parce qu'une commission comme la commission Castonguay... Bon, on a déjà réservé des locaux, un service de secrétariat. J'imagine qu'il y a une rémunération pour M. Castonguay, ce qui serait tout à fait normal, ainsi que les gens qui vont collaborer. Je pense que le gouvernement a toute l'expertise nécessaire pour établir les taux horaires qui sont usuels pour les experts, pour les membres de la commission. Il y a eu la commission Clair, il y a eu la commission Ménard, il y a eu suffisamment de commissions en santé pour qu'on ait une idée du coût à attribuer à une commission comme celle-là. Donc, autant le ministre s'interroge sur notre désir du fait que des suggestions n'ont pas été faites, autant je m'interroge sur le sérieux de tout ça, si on n'arrive pas avec des propositions budgétaires dans le cadre d'une commission aussi importante que celle de M. Castonguay.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, ça revient à ma même question. D'abord, il est garanti qu'on va rémunérer bien sûr les commissaires au taux normal du Conseil du trésor pour ce genre d'activité là, ce qui va se comparer avec la commission Ménard et les autres commissions. Il est garanti qu'on va fournir tout le support secretarial nécessaire, autant du ministère de la Santé et des Services sociaux que le ministère des Finances. Mais, pour avoir un budget, ça prend une demande budgétaire. La demande budgétaire, elle doit venir de la commission elle-même, puis il ne peut pas y avoir de demande budgétaire tant que la commission n'est pas formée. Ça fait que c'est l'oeuf et la poule, là, on tourne en rond. Alors, le plus vite les deux coprésidents vont être identifiés, le plus vite ils vont s'asseoir avec M. Castonguay puis nous faire une demande budgétaire précise. Puis, à ce moment-là, on sera en mesure de répondre plus précisément à la question parce que M. Castonguay, sans dévoiler notre conversation privée, là, il tient beaucoup à respecter l'échéancier qui

lui a été demandé, qui est de fournir un rapport pour le mois de décembre.

Alors, ce n'est pas une commission de la même envergure, sur le plan du temps, que l'a été la commission Clair ou même la commission Ménard, là. On a une commission plus réduite en nombre de personnes et plus réduite également dans le temps. Mais ils vont être rémunérés puis ils vont être payés adéquatement. Ils vont avoir tout le support nécessaire. Puis, au moment où les deux vice-présidents seront nommés, il y aura une demande budgétaire qui va être faite, puis on sera prêt à donner l'information immédiatement, à ce moment-là, quant au budget global convenu pour le travail de la commission. Mais on ne fera pas de chichi avec ça, là, rassurons-nous, tout le monde ici.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

### Composition

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Ça a peut-être déjà été mentionné, mais, complément d'information sur la commission Castonguay, M. le Président, outre les deux suggestions faites par l'opposition officielle et le deuxième groupe d'opposition, de combien de membres sera formée la commission?

**M. Couillard:** ...M. Castonguay et deux collègues, qui vont avoir accès aux fonctionnaires du ministère des Finances puis du ministère de la Santé et Services sociaux. M. Castonguay veut que ce soit une organisation légère qui accomplit son mandat relativement rapidement. Il ne pressent pas... il n'a pas l'intention de procéder à des consultations publiques. Il va donner un mandat au gouvernement qui sera public, puis, à ce moment-là, le débat politique se fera à l'Assemblée nationale parce que, comme je l'indiquais, ultimement ce sont les élus ici, à l'Assemblée nationale, qui prendront acte du rapport puis qui verront les actions à poser.

**Le Président (M. Kelley):** Peut-être, M. le député, une dernière question dans ce bloc.

● (16 h 10) ●

**M. Caire:** Oui, s'il vous plaît, M. le Président. Déjà une dernière question?

**Le Président (M. Kelley):** ...

### Mandat

**M. Caire:** Quand on est en bonne compagnie, ça va vite.

Oui. M. le Président, le mandat qui a été défini dans le budget, pour la commission Castonguay, visait de façon assez spécifique à trouver des pistes de solution sur le financement du réseau de la santé. Est-ce que le ministre va garder le mandat tel quel ou est-ce qu'à la limite il est ouvert à ce que le mandat s'élargisse sur d'autres aspects de notre réseau de la santé? Parce que, quand on parle d'une utilisation intelligente du privé — je reprends les mots du ministre, je reprends les mots du chef de l'opposition, et donc il y a une concordance entre les deux — on peut aller un peu plus loin que le

strict financement. Je pense, entre autres, à l'utilisation des ressources, la gestion des ressources, le transfert d'une ressource du système public vers le système privé, la double rémunération, pour parler en termes qu'on connaît. Dans une perspective autre que le financement mais de l'utilisation efficace des ressources, est-ce que ces aspects-là seront ou pourront aussi être abordés par la commission Castonguay?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, il faut revenir au mandat, puis M. Castonguay m'a clairement indiqué qu'il entend strictement respecter son mandat. Il dit: Moi, je veux parler du financement de la santé. Il ne veut pas parler d'organisation de services. Ça a déjà été discuté, ce sera discuté encore. Lui veut parler du financement de la santé à partir de quatre éléments qui sont dans son mandat: le compte santé, le financement comme tel, l'apport éventuel du privé quant à devenir une solution ou une des solutions aux problèmes de financement, ce qui est, on le sait, assez compliqué puis discutable — on aura l'occasion d'en rediscuter plus tard — et les changements éventuels à la Loi canadienne sur la santé, compte tenu des recommandations que M. Castonguay peut faire. Alors, si M. Castonguay suggère des actions au gouvernement qui vont en contradiction avec la formulation actuelle de la Loi canadienne sur la santé, bien clairement, dans son rapport, il va indiquer quelles seraient les modifications éventuelles à y apporter. Alors, ce sont ces quatre éléments qui lui ont été donnés, et M. Castonguay a affirmé à plusieurs reprises, dans des conversations avec de nombreuses personnes, qu'il entend strictement respecter ce mandat-là et se consacrer au financement de la santé. Bien sûr, il va parler de la gestion et il va parler également du privé, mais de façon à les introduire comme solutions possibles ou non aux problèmes de financement de la santé à long terme.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Je suis maintenant prêt à céder la parole à M. le député de Marie-Victorin.

#### **Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine (suite)**

##### **Scénarios de dépassement des coûts de réalisation**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Toujours sur les mégahôpitaux, M. le ministre, vous avez déclaré tout à l'heure que vous n'aviez pas autorisé de sommes supplémentaires pour la construction des trois hôpitaux universitaires. Est-ce que vous avez été informé de scénarios ou d'hypothèses qui évoquent des dépassements de coûts au-delà des 3,6 milliards prévus pour la construction des trois projets?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, d'abord il est inexact de parler de dépassement de coûts. Tant qu'il n'y a pas de projet puis de contrat, il n'y a pas de dépassement de coûts. Il y a actuellement un programme d'évaluation

continue des coûts dans lequel les professionnels sont engagés. Il y a effectivement, et c'est normal, des scénarios entre les établissements, directeurs exécutifs, le ministre de la Santé, Conseil du trésor, quant aux coûts et aux risques de chaque projet selon leurs différentes composantes, mais il n'y a pas de changement à date qui a été autorisé pour les budgets. C'est tout à fait normal que, dans les travaux des professionnels, il y ait des hypothèses qui circulent quant à des coûts, des risques de chacun de ces projets-là. Mais, tant qu'on n'aura pas statué sur la fin des travaux des professionnels dans plusieurs mois, tant qu'on n'aura pas statué sur l'ampleur des contrats qui seront placés en appels d'offres, il n'y a pas lieu de commenter plus de l'avant. Ce serait même nuire au processus technique actuel et même nuire, je dirais, à la position concurrentielle du gouvernement dans des négociations éventuelles avec des partenaires qui pourraient se présenter pour exécuter des projets.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Donc, il y a des hypothèses qui circulent...

**M. Couillard:** Il y a toujours...

**M. Drainville:** ...des hypothèses qui circulent, qui envisagent un dépassement des coûts, qui iraient au-delà du 3,6 milliards. Il y en a, des hypothèses qui circulent.

**M. Couillard:** C'est normal. Quand vous construisez une maison, avant que vous donniez le contrat, vous avez toutes sortes de scénarios possibles. Qu'est-ce qu'on fait, si on ajoute tel plancher? Qu'est-ce qu'on fait, si on ajoute tel laboratoire? C'est tout à fait normal. Ce serait anormal que ce ne soit pas le cas.

Le seul chiffre qui compte, le seul chiffre qui compte, c'est celui qui va être communiqué à la population à l'ouverture des contrats, à la fin du processus d'appel d'offres, qualification, et, à ce moment-là, on aura le coût convenu, qui ne sera pas en fait juste le coût de la construction. Si on va en PPP, c'est le coût de la construction et de l'entretien; si ce n'est pas en PPP, c'est le coût de la construction uniquement, pour les parties spécifiques des projets, qui ne sont pas tout le projet regroupé dans le 1,5 milliard. C'est toujours ça qu'il faut remettre de l'avant parce qu'il y a plusieurs composantes dans ces projets-là. Mais il va falloir, à partir du moment où on aura lancé le processus, quel qu'il soit, soit un processus d'appel d'offres conventionnel, soit un processus de négociation dans la démarche PPP, être extrêmement prudents dans toute communication publique — puis j'en appelle au sens des responsabilités des deux partis d'opposition — quant au coût projeté de ces projets-là, de façon à ne pas nuire à la position de négociation des établissements et du gouvernement du Québec dans l'établissement des contrats.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** M. le ministre... Pardonnez-moi, M. le Président. Je veux bien que M. le ministre en

appelle à notre sens des responsabilités, M. le Président, mais j'en appelle au sien également. Ces projets-là, vous l'avez déjà dit, M. le ministre, ce sont des projets qui sont extrêmement importants pour l'avenir du Québec. Les coûts jusqu'à maintenant qui ont été évoqués sont élevés, très élevés; 3,6 milliards, c'est un énorme investissement. M. le Président, si M. le ministre a en sa possession des chiffres qui permettraient à la population québécoise qui nous écoute d'avoir une idée plus précise ou plus complète des coûts totaux que pourraient entraîner ces projets, je pense que c'est sa responsabilité de nous en informer aujourd'hui.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** ...au stade actuel, M. le Président. Il faut laisser les professionnels faire leur travail. À chaque fois qu'on fera une communication publique, on aura l'état des lieux quant aux coûts, quant aux risques, en plus ou en moins, et quant aux différentes composantes des travaux. Puis, quant à la transparence, là, le niveau atteint dans ces projets actuels est sans précédent. Je rappelle que, lorsqu'on a fait le métro de Laval, on s'est rendu compte, rendu au milieu de la rivière, qu'il manquait 1 milliard de dollars ou, excusez-moi, des centaines de millions de dollars. Le métro sortait dans le milieu de la rivière des Prairies. Alors, c'est ça qui arrive quand on fait des annonces prématurées, quand on fait des évaluations de coûts sur le coin d'une table. Ce n'est pas ça qu'on fait. On fait travailler les gens sérieusement. Ils font des scénarios de plusieurs sortes. Actuellement, il n'y a aucune autorisation qui a été donnée d'engager plus de fonds publics que ce qui avait été prévu. Si, au cours des prochains mois, on prend des décisions de modifier le budget à la hausse ou à la baisse, on en informera le public. Lorsqu'on fera les appels de sollicitation pour les contrats de réalisation des projets, on dira à la population: Voici à quel ordre se situent les projets.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** M. le Président, je repose la question au ministre: Est-ce qu'il peut nous donner le nouvel ordre de grandeur qui circule actuellement dans son ministère, au sein de son ministère quant au coût des trois projets d'hôpitaux universitaires?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Le seul ordre de grandeur, c'est ce qu'il a mentionné tantôt: 3,6 milliards de dollars. Tout le reste n'est qu'hypothèses et scénarios. S'il y en a une, modification, elle sera annoncée. Il n'y a pas d'autres chiffres sur la table actuellement, du côté du ministère des Finances, du Conseil du trésor et du ministère de la Santé. Le travail des professionnels doit être continué, soit pour souligner et proposer des scénarios, soit pour ajuster les scénarios dans les budgets convenus. Il n'y a eu aucune autorisation de modification des budgets convenus jusqu'à maintenant.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** M. le Président, je ne veux pas qu'on commence à jouer sur les mots, là. Il y a des scénarios qui circulent, M. le ministre l'a confirmé, des scénarios qui nous amènent au-delà des 3,6 milliards prévus. Ce que je veux savoir, M. le Président, c'est la valeur, dis-je bien, la valeur monétaire de ces scénarios qui circulent présentement et dont vous avez eu connaissance, M. le ministre.

**M. Couillard:** C'est non pratique comme question. Le seul chiffre qui compte, c'est le budget que le gouvernement va autoriser pour les projets. Il y a du travail à suivre pour les professionnels, il va être fait, et il n'y aura pas d'autre réponse tant qu'il n'y aura pas d'autres données à communiquer à la population. Le budget convenu actuellement, c'est 3,6 milliards. Il n'y a pas d'indication que ça change, actuellement. Les professionnels vont continuer leurs travaux sur plusieurs mois. Quand il y aura des décisions qui seront prises, on les communiquera. On ne procédera pas de façon improvisée ou irresponsable dans ce dossier-là, certainement. Mais les citoyens auront toute l'information requise au moment où les contrats seront placés en appels d'offres ou d'autres mécanismes selon la procédure PPP.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Ma question, M. le Président, est la suivante: De quels scénarios parliez-vous tout à l'heure? Alors, de quels scénarios était-il question tout à l'heure, quand vous avez évoqué qu'il y avait des scénarios qui circulaient, qui nous amenaient au-delà des 3,6 milliards? De quels scénarios s'agissait-il?

● (16 h 20) ●

**M. Couillard:** Je ne répondrai pas à cette question-là, M. le Président. C'est tout à fait inhabituel et irrégulier de le faire. Il y a un gouvernement qui a fixé un budget convenu qui est de 3,6 milliards de dollars. Les établissements travaillent. C'est normal. Quand vous voulez faire une maison, vous voulez la plus belle maison possible. Les gens font toutes sortes de demandes puis de scénarios alternatifs. Le seul chiffre qui compte, c'est le budget que le gouvernement autorise. Et le mode de soumission et d'adjudication des contrats fera en sorte que les budgets soient respectés. Et le budget final sera annoncé lorsqu'on fera la mise en marché ou l'appel d'offres ou de qualification pour les projets.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** M. le Président, je pense que ce n'est pas exact de dire que le seul chiffre qui compte, c'est le chiffre qui est actuellement sur la table. Je pense que c'est de la responsabilité du ministre d'informer les gens qui nous écoutent des autres hypothèses qui circulent présentement et qui pourraient entraîner une augmentation des coûts et donc une augmentation de la contribution publique à ces projets. Alors, je pense que c'est de la responsabilité du ministre de nous donner en toute transparence, en toute franchise, de quoi il s'agit, actuellement.

**M. Couillard:** Cette question est non pertinente, M. le Président, là. Il faut laisser les professionnels faire leur travail. On ne cache rien. On a fait plus de transparence dans ce dossier-là que tous les autres projets annoncés par le précédent gouvernement, que ce soit le métro de Laval ou les semblables. On a annoncé les provisions pour inflation. On a annoncé les provisions pour imprévus. On a annoncé les coûts de gestion. On a annoncé le mobilier et les équipements, qui normalement ne sont jamais inclus dans les annonces de projets. Alors, le niveau de transparence utilisé actuellement est sans précédent. On va laisser les gens faire leur travail. Le budget convenu est de 3,6 milliards de dollars. S'il y a lieu de revenir là-dessus, on y reviendra éventuellement, mais ce n'est pas aujourd'hui que ça va se produire. Puis, quand même que le député redemanderait la question six, sept, huit, 12, 15 fois, six, sept, huit, 12, 15 fois la réponse va être la même: Le budget convenu est de 3,6 milliards de dollars. Il y aura bientôt une annonce quant au mode de réalisation, quant au calendrier d'appel d'offres ou d'autres mécanismes, puis, à ce moment-là, s'il y a des informations supplémentaires, elles seront communiquées à la population.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

#### **Date prévue de la fin des travaux de construction**

**M. Drainville:** Si je ne m'abuse, M. le Président, le chiffre de 3,6 milliards est le chiffre prévu pour une fin de construction en 2011. C'est bien ça, M. le ministre?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** C'est exactement ce qui est prévu. La provision pour inflation est faite sur un scénario qui nous amène à 2011. Si le scénario de construction nous amène plus loin que 2011, les budgets d'inflation seront ajustés en conséquence. Et je rappelle que ça va apporter des économies, cette précaution qu'on prend, comme l'a dit le Vérificateur général, bien plus importantes que le coût éventuel supplémentaire attribuable à l'inflation. Ce n'est pas une raison du tout de pousser dans le dos de personne puis de prendre des décisions trop rapidement et sur le coin d'une table. Il faut que ce soit fait par des professionnels dont c'est le métier. Les gens de la politique, on a plusieurs compétences, mais certainement pas celle d'évaluer puis de gérer des grands projets de construction. C'est fait actuellement par des professionnels, autant dans le bureau de M. Gignac que dans celui des établissements, et on va continuer de les laisser travailler, tout en communiquant régulièrement à la population l'état des lieux. Et on le fera probablement au cours des prochains jours mais pas aujourd'hui, à la séance des crédits.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

#### **Scénarios de dépassement des coûts de réalisation (suite)**

**M. Drainville:** Alors, M. le Président, quand le ministre nous disait tout à l'heure que la fin générale des travaux nous amène vers 2013 et qu'il nous confirme

que le chiffre de 3,6 milliards, c'est avec, comme fin des travaux, 2011, il y a donc quelque part une évaluation qui nous amène à 2013... Entre 2011 et 2013, les coûts vont nécessairement augmenter, M. le ministre. Si vous nous dites que 3,6 milliards, c'est pour des travaux qui se terminent en 2011, vous devez avoir une évaluation des travaux s'ils se terminent en 2013, comme vous venez tout juste de le reconnaître, de l'affirmer dans la réponse du premier bloc.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Je ne comprends pas qu'on revienne toujours sur la même question qui aura toujours la même réponse. Effectivement, si ça continue plus que 2011 — et on ne le sait pas encore, on le saura quand on ouvrira le contrat parce que le contrat va dire quand est-ce que les travaux vont terminer — s'il y a des travaux qui se poursuivent plus long que de 2011, il y aura des coûts attribuables à l'inflation à assumer, mais ils sont largement bénéficiaires sur le plan de l'économie générale du projet. Parce que, si on se laissait pousser dans le dos, comme essaie de faire actuellement le député de Marie-Victorin, ça amène à des erreurs de planification et des coûts supplémentaires, comme ce qui s'est produit dans le métro de Laval ou comme ce qui s'est produit dans les phases initiales des débats sur le CHUM, où il y avait plus de 60 millions de dollars d'études annoncées sans aucun projet.

Alors, quand même, là, laissons les professionnels faire leur travail, laissons-les travailler avec rigueur. La population a eu beaucoup plus d'informations dans ce projet-là que dans tout autre projet public de construction auparavant. Ça va continuer d'être le cas au moment où les informations seront connues, validées et décidées, ce qui n'est pas le cas actuellement.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Drainville:** Oui. M. le Président, les questions que je pose ne visent pas à pousser dans le dos qui que ce soit. Si les professionnels ont besoin de plus de temps pour s'assurer que le projet est bien mené et qu'il est mené à l'intérieur des budgets prévus, il n'y a aucun problème. Ce n'est pas de ça dont il s'agit ici. Ce dont il s'agit ici, c'est que le ministre nous dit qu'effectivement le coût total des projets est de 3,6 milliards avec la date butoir de 2011. Il admet lui-même, il évoque lui-même une fin générale des travaux qui nous amène vers 2013. Donc, il nous dit, sans vouloir nous le dire malheureusement, il nous dit qu'effectivement le coût des travaux va dépasser 3,6 milliards, puisque que le 3,6 est prévu pour 2011, et lui admet que ça va être fini en 2013. Donc, ma question, qui est tout à fait raisonnable, c'est de lui demander, si c'est 3,6 pour 2011, combien ce sera pour 2013. C'est vous-même qui avez évoqué la date de 2013 tout à l'heure. Vous devez avoir des chiffres là-dessus.

**M. Couillard:** Eh non, M. le Président, parce qu'on n'a pas encore la date de l'échéancier final. 2013, c'est une évaluation. On ne le sait pas. Ça peut être 2012, ça peut être 2013 et demi. On le saura à ce moment-là puis, à ce moment-là, on donnera la valeur définitive des contrats, et ce n'est pas aujourd'hui qu'on le fera.

L'enveloppe demeure à 3,6 milliards. Elle va rester à 3,6 milliards jusqu'à nouvel ordre.

Puis on veut que les professionnels fassent leur travail non seulement pour faire le début des esquisses, ce qui nous amène à la réalisation des projets, mais pour faire, au cours des prochains mois, un travail d'étalonnage international. Ils vont aller dans les projets semblables qui ont été faits ailleurs, ils vont vérifier qu'on est dans la bonne zone de prix pour ces projets-là et, lorsqu'on aura les besoins finaux qui sont en train d'être terminés avec les PFT, les programmes fonctionnels et techniques, et tout ça, qui seront évalués, lorsqu'on aura la fin des travaux des professionnels, lorsqu'on aura la fin des premières phases du processus d'appel d'offres qui nous amène à la réalisation, là on aura une vision plus réaliste et définitive des coûts et des échéanciers, et c'est à ce moment-là qu'on va la communiquer à la population.

Il serait tout à fait irresponsable de ma part maintenant, alors que l'analyse n'est pas terminée, de miner la position de concurrence puis de négociation du gouvernement du Québec et de ses institutions publiques en faisant état d'hypothèses qui pourraient avoir un impact sur l'attitude des gens qui viendront négocier avec le gouvernement pour les contrats. On ne fera pas ça. On n'est pas irresponsables. L'enveloppe demeure à 3,6 milliards. Lorsqu'il y aura des changements, s'il y en a, ce sera communiqué à la population.

**Le Président (M. Kelley):** Dernière tentative, M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Mais vous admettez avec moi, M. le ministre, que c'est de votre responsabilité d'évaluer d'éventuels dépassements de coûts, et, si je vous entends bien, vous nous dites: Je les évalue. J'ai en main des chiffres, j'ai en main des scénarios. Je suis responsable, je suis le ministre de la Santé qui veille sur les deniers publics, qui veille sur le plus gros ministère de cet État québécois, et donc, faites-moi confiance, là, j'évalue les différents scénarios. Mais je ne vais tout simplement pas vous les communiquer, pour préserver la position concurrentielle de l'appel d'offres. Mais c'est ce que je comprends. Vous avez entre les mains des chiffres qui démontrent qu'effectivement les projets vont presque certainement, hein... Je vous laisse une petite, petite gêne, là, mais, entre 2011 et 2013, il se passe deux ans. C'est 3,6 pour 2011, donc ça va être nécessairement plus pour 2013. Vous avez entre les mains des chiffres. Vous me dites, vous nous dites, aux gens qui écoutent: Faites-moi confiance. Je les garde pour moi pour le moment, je vous les révélerai en temps et lieu. Mais vous avez effectivement ces chiffres.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Non, parce que personne ne m'a encore donné l'échéancier final de réalisation. Quand les professionnels auront terminé leur travail, ils nous donneront l'échéancier final de réalisation, et certainement qu'on ajoutera le budget à ce moment-là, on ajustera le budget selon le temps de construction supplémentaire, s'il y en a un. Mais ce n'est pas le cas actuellement. L'enveloppe déterminée demeure à 3,6 milliards. Il n'est pas question actuellement de la modifier, et on verra la suite des événements pour juger s'il y a lieu de le faire et laisser

les professionnels faire leur travail. Dans l'intervalle, je vous convie, tout le monde, à une annonce prochaine du gouvernement sur le mode de réalisation de ces projets très importants pour le Québec, où on aura d'autres informations à donner sur une partie des projets. Parce que ce n'est pas toutes les composantes des projets... Et là il va falloir faire... suivre attentivement et être prudents dans les déclarations de part et d'autre parce que ce n'est pas tous les projets, c'est une partie des composantes des projets qui va être confiée selon les modes de réalisation particuliers, et on aura pour ça les informations nécessaires en temps requis.

● (16 h 30) ●

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le ministre. On constate que le député de Marie-Victorin est très tenace en posant les questions. Peut-être un jour il fera un bon journaliste.

Je suis prêt à céder la parole maintenant au député de Papineau.

**M. MacMillan:** M. le Président, vous m'avez enlevé les mots de la bouche. Je me sentais qu'on était dans un programme de télévision à Radio-Canada de la manière qu'on répétait les questions. Parce que ça ne faisait pas leur affaire puis ça ne tombait pas sur leur côté de ce parti-là, M. le Président.

Alors, M. le Président...

**M. Drainville:** ...un rappel au règlement. C'est la première fois que je vais m'en prévaloir depuis que je suis tout nouveau et tout jeune député, là, mais ça, c'est hors d'ordre, ça, là, il n'a pas le droit de dire une affaire de même.

**Le Président (M. Kelley):** Non, je pense, continuez avec votre question. Il s'adresse...

**M. Drainville:** ...il soulève la question de l'intégrité, là, non? Non? Ce n'est pas une question...

**M. MacMillan:** Ça paraît que tu ne connais pas ça, mon jeune.

**M. Drainville:** ...hein, ce n'est pas une question...

**Le Président (M. Kelley):** Je demande, le député, de... Soyez prudent, votre propos, et posez votre question, s'il vous plaît.

**M. MacMillan:** J'ai dit «l'arrogance pure». C'est ça que j'ai dit.

**M. Drainville:** ...traite d'arrogant, M. le ministre... M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Papineau...

**M. MacMillan:** Tout le monde le réalise. Merci, M. le Président, oui. M. le ministre, j'ai...

**Le Président (M. Kelley):** ...vous êtes un député expérimenté, alors si vous pouvez poursuivre en posant votre question.

### **Plan d'action visant à améliorer la qualité des soins de santé en Outaouais**

**M. MacMillan:** Merci. Je veux prendre un peu de temps aux crédits pour parler de notre belle région de l'Outaouais, M. le ministre. Vous savez que, depuis un an, il y a beaucoup de problèmes qui existent chez nous dans l'Outaouais, surtout pour améliorer les soins. Vous savez qu'à la dernière campagne électorale beaucoup de gens ont soulevé toutes sortes de problèmes, et vous êtes venu, le 4 juin dernier, M. le ministre, annoncer beaucoup de mesures pour faciliter l'accès des gens de l'Outaouais. Il faut comprendre que, l'Outaouais, sa proximité de l'Ontario cause des problèmes majeurs à nos gens dans notre région pour obtenir des services que je pense qu'ils méritent. Exemple, dans mon comté de Papineau, il y a tout le temps les gens de la région de la Petite-Nation qui cherchent de l'amélioration pour avoir un meilleur service à l'urgence.

Alors, M. le ministre, j'aurais deux questions. La première, ma première question: Est-ce que vous pourriez expliquer ici un peu les mesures et le statut particulier que vous avez annoncé pour l'Outaouais, la semaine passée, M. le ministre?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. En fait, les problèmes de l'Outaouais remontent à de nombreuses années et ils ne se sont pas améliorés au cours des dernières années. Je dirais même que, sur plusieurs plans, il se sont aggravés, et cette situation est largement due à la position difficile d'une région limitrophe, une région frontalière à proximité, littéralement, là, d'un côté de la rivière à l'autre de la capitale du pays, avec des centres hospitaliers universitaires majeurs, une faculté de médecine, des hôpitaux dont l'Hôpital Montfort qui est en expansion, ce qui amène une pression de concurrence énorme sur la main-d'oeuvre médicale et infirmière particulièrement, mais les autres professionnels de la santé.

Alors, pendant de nombreuses années, le ministère de la Santé et des Services sociaux a hésité avant de conférer à la région de l'Outaouais un statut particulier de crainte que ça ait des effets domino sur les autres régions du Québec, qui finalement aurait un effet résultant négatif. Mais, devant la dégradation de la situation, notamment au plan de la main-d'oeuvre, on a décidé qu'il était le temps d'agir et qu'il était le temps d'accorder à cette région le statut particulier qu'elle demandait depuis quelque temps.

Ce qui s'est traduit dans un plan d'action qui a été annoncé le 4 juin dernier, qui se décline en plusieurs volets mais, dans la majorité des volets, se trouve du côté de la main-d'oeuvre et notamment de la main-d'oeuvre infirmière, où il y a, on le sait, partout dans le monde où il y a des systèmes de santé modernes, des problèmes majeurs de pénurie. Et on va mettre en place des solutions en Outaouais pour la première fois au Québec, qu'on verra par la suite à étendre dans d'autres régions du Québec selon les besoins, mais l'Outaouais y aura accès de façon prioritaire. Il s'agit de donner des primes supplémentaires aux infirmières qui acceptent de faire des quarts de travail plus longs que les quarts de huit heures habituels, de donner des primes également pour celles

qui accepteraient de faire la rotation des quarts de travail, ce qui est le cas dans la plupart des autres provinces canadiennes, également de créer des échelles de salaire différentes pour les infirmières plus spécialisées travaillant dans les unités de soins intensifs et d'urgence, par exemple. Il y a également d'autres méthodes, d'autres mesures telles que l'accueil des candidates infirmières en Outaouais, un mentorat par des infirmières plus expérimentées, l'accueil des premières infirmières praticiennes de première ligne en Outaouais et en Abitibi-Témiscamingue, parce que c'est à Rouyn-Noranda que le premier projet a vu le jour il y a quelques années déjà. Il y a déjà un budget de réservé pour cinq infirmières praticiennes de première ligne en Outaouais.

Pour le côté des services médicaux, pour les omnipraticiens, on veut... Et on a terminé, je crois, la négociation avec la Fédération des omnipraticiens, sur une lettre d'entente qui permet de bonifier la rémunération des médecins omnipraticiens qui travaillent à la salle d'urgence du grand Hôpital de Hull, Gatineau, également la question de bonifier le plan d'effectif, autant pour les omnipraticiens que les spécialistes, et de faciliter le recrutement de médecins à l'étranger. D'ailleurs, le député a été très proactif dans ce domaine-là. Je me souviens qu'on en avait parlé il y a quelques mois. Je lui ai donné la liste des médecins étrangers qui attendaient d'être parrainés, il l'a transmise à son établissement, et il a aussitôt recruté, quoi, deux ou trois médecins qui vont travailler dans sa région, donner des services à la population. Je pense qu'il faut lui rendre justice parce qu'il a montré beaucoup d'activités dans ce dossier-là. S'il y a des collègues d'ailleurs qui veulent faire de même, je les encourage à le faire. J'en ai parlé au député de Portneuf récemment, qui est un député de l'Action démocratique. Donc, on voit que c'est un appel qui est lancé à l'ensemble des régions du Québec. Il y a plusieurs médecins qui attendent, à l'étranger, d'être parrainés par des établissements de santé, alors bienvenue aux établissements qui voudront le faire, parfois stimulés par le député s'il le faut, comme l'a fait notre collègue.

Il y a également des mesures pour, donc, ces médecins-là, il y a des mesures pour les médecins spécialistes quant au soutien de leur pratique, des montants qui leur sont attribués pour participer à la gestion des lits, participer à toute la gestion hospitalière de façon rémunérée, du support clérical, des petits instruments, 2,2 millions de dollars d'équipements médicaux maintenant, 4 millions plus tard, des investissements immobiliers importants, qu'on parle des deux salles d'urgence du centre de cancérologie, de l'appareil de tomographe à émissions de positrons pour le cancer. Donc, un plan qui est large, qui intègre beaucoup, beaucoup d'éléments et qui devrait permettre, je crois, à l'Outaouais de se redresser.

On le suit très attentivement, M. le Président, il y a des hauts dirigeants du ministère de la Santé et des Services sociaux qui sont en contact hebdomadaire, minimum, avec l'établissement et la région pour s'assurer que tous les éléments du plan d'action vont être mis en place selon le calendrier qui est prévu. Les premières réactions sont bonnes dans le milieu. On a vu que, lors de l'annonce, plusieurs personnes ont salué le type de mesures innovantes qui ont été mises de l'avant, et on a bon espoir que ça va donner des résultats. Et on va le suivre, l'ajuster, le modifier au besoin, de façon à poursuivre

l'amélioration et le redressement de la santé et des services sociaux en Outaouais.

En rappelant que ce n'est pas tout qui va mal en Outaouais. Les établissements qui sont satellites au CHVO fonctionnent bien, dont l'établissement que connaît très bien le député, qui a vu son agrandissement confirmé il y a quelque temps — il y a quelque temps, il a même fait sa pelletée de terre, je crois, récemment, pour l'agrandissement de son hôpital — et ont une bonne relation de partenariat avec l'Hôpital de Hull, Gatineau. Alors, c'est un plan qui est ambitieux mais nécessaire à la fois et quelque chose qu'on n'a pas fait jusqu'à maintenant dans le système de santé du Québec, et je pense que c'était requis pour les citoyens de l'Outaouais.

#### Processus d'élaboration du plan d'action

**M. MacMillan:** M. le ministre, juste pour élaborer un peu, le plan que vous avez mis sur la table, vous avez... J'aimerais que vous expliquiez un peu l'équipe que vous avez envoyée, parce qu'il est important que les gens comprennent que le plan que vous avez mis sur la table, c'est suite à un travail qui a été fait par des gens de votre ministère, mais, qui a été dans la région rencontrer les médecins, les infirmières, les cadres, etc. Je pense que c'est important de dire aux gens la manière que ce plan-là a été mis sur la table. Parce que la participation des médecins, des infirmières, des cadres, des employés de tous les établissements, si ces gens-là ne suivent pas ou n'aident pas les gens, l'administration, je pense qu'il n'y aura pas de réussite au bout de la ligne, là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, en fait, ça a commencé il y a déjà quelque temps, en fait plus de un an, par la mise en place d'une étude sur l'administration du centre hospitalier régional par une firme privée qui a donné un rapport assez critique quant à la qualité de l'administration de l'établissement. Il y a eu remplacement de la direction par une personne intérimaire, M. Jean-Pierre Chicoine, qui a déjà amorcé les éléments de redressement; par la suite, recrutement d'un directeur général permanent, qui est M. Rodier, qui auparavant travaillait à Hawkesbury, qui a décidé de se joindre à l'équipe d'Outaouais, et, au même moment, le ministère de la Santé et des Services sociaux, des sous-ministres adjoints sont allés, à de nombreuses reprises, directement sur place, rencontrer les médecins, les infirmières, les partenaires des établissements avoisinants pour convenir avec eux des mesures qui seraient porteuses et qu'on pourrait mettre en place.

Alors, on est allés vraiment avec une attitude d'ouverture, non pas avec une recette préparée d'avance qu'on amenait en Outaouais, mais en demandant aux gens ce qu'ils souhaitaient voir comme mesures, autant les médecins que les infirmières, qu'est-ce qui était le plus porteur, le plus susceptible d'apporter des résultats à court et à moyen terme, et on s'est mis d'accord sur l'ensemble des mesures qui sont dans le plan d'action aujourd'hui, qui, en passant, vont s'ajouter aux crédits supplémentaires que la région va recevoir lors de l'adoption éventuelle des crédits par l'Assemblée, dans quelques jours. À ce moment-là, il va y avoir une nouvelle enveloppe budgétaire très rehaussée à l'Outaouais, qui va bonifier encore plus

le plan d'action qu'on vient d'annoncer, et on espère que les choses vont continuer à s'améliorer.

**M. MacMillan:** Alors, juste pour terminer, j'aimerais...

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Papineau.

**M. MacMillan:** ... — merci, M. le Président — mentionner que, dans l'Outaouais, suite à votre visite, le porte-parole de la Coalition l'Outaouais à l'urgence, M. Pierre Ippersiel, est même «enchanté de la reconnaissance du statut particulier de la région. Il se réjouit également de l'octroi de 20 millions et il croit que ce montant aidera à retenir le personnel médical dans la région.»

Et, quand on parle de régions, on parle aussi de la région de toutes les... ce n'est pas seulement le Grand Gatineau, la ville de Gatineau, mais les régions comme Papineau, la Petite-Nation, la Vallée-de-la-Lièvre, Gatineau, la Pontiac qui sont dans ce plan-là. On doit le mentionner, comment c'est important que ce n'est pas juste la ville de Gatineau, mais c'est toute la région de l'Outaouais qui vont bénéficier de ce statut particulier qui va aider les régions, les banlieues, si vous voulez, à avoir un meilleur service. Et il peut même y avoir un service de sept jours par semaine, 14 heures par jour, surtout dans la Petite-Nation, M. le ministre. Merci.

● (16 h 40) ●

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée... d'Anjou, Mme la députée d'Anjou.

#### Actions entreprises pour favoriser la reconnaissance du diplôme de médecins diplômés hors Canada et États-Unis

**Mme Thériault:** Oui, merci. Merci, M. le Président. M. le ministre, je vais aborder un sujet sur lequel on reviendra dans le prochain bloc, parce que malheureusement on va manquer de temps: la reconnaissance du diplôme étranger.

Je sais que vous avez fait, ainsi que les gens de votre ministère, un travail extraordinaire dans ce dossier-là, pour y avoir été mêlée pendant deux ans alors que j'étais ministre de l'Immigration. Malheureusement, on voit encore trop souvent des gens qui réclament le droit de pouvoir pratiquer, de se voir reconnaître comme professionnels de la santé.

Ceci étant dit, dans le contexte de pénurie de main-d'oeuvre, j'aimerais que vous nous entreteniez des actions qui ont été posées par votre ministère, notamment au niveau des médecins. On reviendra pour d'autres professions.

Je pense que ce serait peut-être important de préciser également qu'avant que le gouvernement libéral arrive il y avait un maximum, et je dis bien un maximum, de cinq médecins étrangers par année qui pouvaient être admis en résidence, alors que la moyenne était trois, et je sais que, sous votre gouverne, aux dernières admissions, on a monté jusqu'à 65 personnes. J'aimerais ça que vous nous parliez du travail qui a été fait et, lorsqu'on viendra dans l'autre bloc, peut-être des étapes qui restent à franchir éventuellement.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Puis notre consocier, alors qu'elle était ministre de l'Immigration, a fait beaucoup de travail dans ce dossier-là d'ailleurs, notamment pour l'accompagnement des médecins diplômés hors Canada—États-Unis, pour l'examen du Collège des médecins. En fait, puis je voudrais juste souligner une question de langage qu'on m'a signalée puis qu'on fait tous involontairement... une erreur qu'on fait tous involontairement, lorsqu'on parle des médecins qui sont chez nous actuellement, on ne devrait jamais dire des médecins étrangers. Ce sont des médecins canadiens, québécois qui ont été diplômés à l'étranger. Je pense que c'est important de se rappeler ça, parce que parfois on le dit de façon automatique, mais c'est mal perçu, avec raison, par les gens dont on parle.

En fait, il y a deux grands groupes de médecins diplômés hors Canada—États-Unis qui désirent venir pratiquer au Québec. Il y a ceux qui sont actuellement à l'étranger, qui font des demandes à distance par Recrutement Santé Québec, qui est un organisme du ministère, pour obtenir le droit de pratique et obtenir ce qu'on appelle un permis restrictif, c'est-à-dire un permis qui les lie à une région au début, pour un montant déterminé, une durée déterminée, notamment les régions démunies en médecins.

Alors, ces médecins, pour être acceptables, doivent d'abord faire l'évaluation de leurs compétences et de leur formation par le Collège des médecins du Québec. Cette première étape étant remplie, ils deviennent alors parrainables — tout ça est un peu compliqué, mais il faut bien expliquer aux gens comment le système fonctionne — et c'est la liste dont je parlais tantôt à notre collègue de l'Outaouais, il y a donc une liste actuellement de médecins parrainables, dont la compétence a été reconnue par le Collège des médecins et qui attendent un signal d'un établissement du Québec qui accepte de les parrainer. Il y en a, en médecine de famille et dans presque toutes les spécialités de base, qui sont disponibles.

Une fois que le parrainage qu'un établissement a fait de la... a manifesté la volonté de parrainer un médecin, il y a une visioconférence qui est organisée pour mettre — et on organise les frais, on prend en charge les frais de ça — en contact le médecin et ses partenaires éventuels. Si les gens se mettent d'accord, il y a même une visite qui est organisée, du médecin, dans l'établissement. Ensuite, la dernière étape qui reste à traverser pour ce médecin, c'est de faire un stage de trois mois de certification de la compétence dans un établissement québécois autre que l'établissement qui le parraine, bien sûr. Après ça, le ministre... le député... voyons, le médecin peut commencer à travailler, avec un permis restrictif qui le lie donc à une région. Ça, c'est un groupe.

L'autre groupe, c'est les médecins qui ont immigré au Canada et au Québec, diplômés dans leur pays d'origine et qui aujourd'hui demandent de pratiquer la médecine, compte tenu de l'état de pénurie puis... de leur intérêt à pratiquer la médecine puis de l'état de pénurie en effectifs médicaux qu'on connaît dans plusieurs régions.

Alors, là également, la démarche est la même: d'avoir une évaluation des compétences et de la formation par le Collège des médecins, avec soin, pour s'assurer que les documents fournis sont des documents réels, obtenus régulièrement. Ensuite, ces médecins doivent passer une

série d'examens administrés par le Collège des médecins. Suite à l'examen, ils sont déclarés soit aptes à pratiquer soit devant parfaire, ce qui est plus souvent le cas, leur formation dans un des programmes de formation des facultés de médecine du Québec.

Alors, c'est de ce groupe-là dont on a parlé dans les médias au cours des dernières semaines, donc des gens dont le Collège des médecins a accepté la compétence, qui ont passé l'examen. Et d'ailleurs la députée, alors qu'elle était ministre de l'Immigration, a mis en place... également sa prédécesseure, qui est maintenant ministre de l'Éducation, ont mis en place et suivi un plan de parrainage, et j'utilise le même mot, pour mieux préparer ces médecins à passer l'examen, avec résultat qu'on a fait augmenter le taux de succès de 20 % à 60 % environ, ce qui est considérable.

Donc, ces personnes, ayant passé l'examen et ayant vu leurs compétences reconnues par le Collège des médecins, font une demande d'admission dans les programmes de formation des quatre facultés de médecine du Québec, autant en médecine de famille qu'en médecine spécialisée, et c'est là que le problème est apparu. Il y a une perception, pour ces médecins formés hors Québec, hors Canada—États-Unis, que le processus n'est pas équitable parce qu'ayant été jugés acceptables par le Collège des médecins ils se trouvent refusés souvent par les facultés de médecine. Il faut quand même mentionner que les facultés de médecine ont admis un nombre important de ces candidats l'an dernier, que le taux d'admission de ces candidats est plus élevé au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Mais il n'en demeure pas moins que plusieurs de ces médecins s'estiment traités de façon inéquitable.

Alors, j'ai rencontré les doyens des facultés de médecine pour discuter de la situation avec eux. Ils ont d'ailleurs exprimé publiquement le fait que selon eux ces personnes n'étaient pas admissibles dans les programmes de formation. On leur a donc demandé de reprendre les travaux avec le Collège des médecins pour améliorer les choses. D'un autre côté, on est prêts à bonifier l'argent, les montants qu'on leur donne pour l'encadrement clinique de ces étudiants. Il faut réaliser que certains de ces étudiants ont effectivement des besoins particuliers, ont besoin d'un encadrement plus lourd, plus constant que leurs collègues formés au Québec. On est prêts à bonifier ces montants-là, ça leur a été communiqué. Maintenant, ce qu'ils voudraient, c'est que le processus d'évaluation des compétences par le Collège des médecins soit amélioré, et c'est pour ça qu'on les a mis en contact les uns avec les autres, avec le ministère. On a donc des travaux à faire, au cours de l'été, avec les facultés de médecine et le Collège des médecins pour voir s'il y a lieu d'améliorer et de bonifier ce processus-là.

Il faut noter qu'au cours des derniers jours ces médecins, par la voie de leur association, ont déposé un recours, une demande d'examen à la Commission des droits de la personne, ce qui est tout à fait légitime, parce qu'ils s'estiment traités de façon non équitable. La commission aura à se prononcer là-dessus. Je ne me prononcerai pas sur le bien-fondé de leur demande parce que ça touche les facultés de médecine essentiellement, qui auront à en répondre. On m'assure que c'est un processus qui a été équitable, rigoureux, mais je pense que, pour qu'il y ait apparence d'équité, il faut que le processus soit bonifié

et rendu plus transparent. C'est ce qu'on fait actuellement avec les facultés de médecine et le Collège des médecins.

Mais on va continuer à augmenter le nombre d'admissions, on l'espère, des étudiants formés... médecins formés hors Québec ou hors Canada—États-Unis, parce qu'on a besoin d'eux comme de tous les autres médecins qui se joignent à notre corps médical, mais ça, et on le répète, et les médecins concernés eux-mêmes le disent, jamais aux dépens de la qualité. On ne fera pas de compromis sur la qualité professionnelle, et les premiers à être d'accord avec ça, ce sont les médecins candidats eux-mêmes.

**Le Président (M. Kelley):** ...revenir dans un prochain bloc, si ça va. M. le député de La Peltrie.

#### **Augmentation du nombre d'admissions au programme de techniciens ambulanciers**

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Pour changer un peu de sujet, je voudrais m'entretenir avec le ministre des services préhospitaliers, parce qu'à l'image du système de santé il y a là aussi des problèmes de personnel. C'est un service qui est mal en point, au dire mêmes des principaux acteurs à qui j'ai parlé récemment. On a, dans les soins préhospitaliers, une pénurie de ressources. Récemment, M. Malaisin me disait qu'au niveau de la CTAQ il y avait des postes qui étaient ouverts qu'il n'était pas en mesure de combler, faute de candidatures.

Un des éléments, M. le Président, qui a été identifié, c'est le peu de collèges d'enseignement qui donnaient la formation. Il y a présentement, dans mon comté en plus, le campus Notre-Dame-de-Foy qui est dans une démarche pour offrir la formation, formation intégrée puisque le CNDP donne déjà la formation au niveau des pompiers et des policiers.

Je sais que l'accréditation d'une telle formation relève du ministère de l'Éducation, mais est-ce que le ministre peut nous dire si, dans sa perception du problème, il reconnaît ce facteur-là et s'il est prévu pour lui d'investir et de favoriser un plus grand nombre d'admissions au niveau des étudiants qui voudraient s'inscrire à un programme de techniciens ambulanciers?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

● (16 h 50) ●

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Je remercie le député pour sa question. C'est effectivement un des problèmes, il y en a plusieurs, des problèmes importants et prioritaires du système de santé. Je rappellerais quand même, pour fins d'information, que, des trois partis politiques représentés à l'Assemblée nationale, nous sommes le seul qui a déposé des propositions chiffrées et précises quant au système préhospitalier. Ça n'a pas été fait par les deux autres partis d'opposition, et c'est à eux bien sûr d'élaborer sur ces questions-là. Mais je voudrais revenir sur ce que nous avons fait et ce que nous allons faire en répondant à la question du député. D'ailleurs, l'engagement était de 15 millions, qui accompagnait le programme électoral du Parti libéral du Québec.

Les gestes qui ont été posés sont quand même importants et sont en relation directe avec la question du député de La Peltrie; c'est ce qu'on appelle la professionnalisation du métier de technicien ambulancier. On parle d'une vieille époque où la formation académique était, à

toutes fins pratiques, absente. Ensuite, on est arrivé avec une formation à peu près de niveau secondaire. Ensuite, on est arrivé avec une formation qui était une attestation d'études collégiales. On a fait le prochain pas avec un diplôme d'études collégiales complet; c'est nous qui l'avons initié en septembre 2006. Il y a actuellement deux cégeps qui donnent la formation, il y a le cégep Ahuntsic et le cégep Sainte-Foy, ce qui devrait nous donner 80 finissants.

Maintenant, c'est certain qu'il y a probablement un besoin encore plus grand. Comme le dit avec justesse le député de La Peltrie, ce n'est pas moi qui vais répondre, aujourd'hui, des engagements budgétaires du ministère de l'Éducation, mais disons que, sur le plan du principe, on est d'accord pour étendre le nombre de milieux de formation. D'ailleurs, lorsque je suis allé en Outaouais, la conversation que j'avais avec notre collègue de la région, un élément structurant qu'on voudrait voir naître en Outaouais, c'est un campus de la santé qui regrouperait des formations des professionnels de la santé autres que les médecins, comme les techniciens ambulanciers et les infirmières, par exemple.

Alors, il y a lieu d'envisager d'étendre ce programme-là dans d'autres institutions d'enseignement collégial. Et aujourd'hui je ne donnerai pas de préférence pour une institution ou une autre, mais, sur le plan, je dirais, de la planification, oui, on pense qu'il y a besoin d'avoir plus de milieux d'enseignement et qu'il y a lieu, pour les cégeps intéressés, d'ailleurs autant publics que privés... — si je ne m'abuse, le campus dont parle notre collègue, c'est un campus... un collège privé. Il faut qu'ils manifestent leur intérêt et avoir les discussions avec le ministère de l'Éducation. De notre côté, notre rôle est de communiquer à nos collègues de l'Éducation les besoins et les confirmations qu'on a besoin effectivement de plus de milieux de formation.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

#### **Intentions concernant le déploiement en province d'ambulanciers paramédicaux**

**M. Caire:** Oui, merci, M. le Président. L'autre situation potentiellement problématique qui se profile dans ce milieu-là... Le ministre l'a mentionné, on a l'attestation d'études collégiales qui est devenue le D.E.C., le diplôme d'études collégiales. Est-ce qu'il y a une possibilité... Et, encore là, est-ce que le ministre est conscient qu'étant donné la pénurie l'attestation d'études collégiales est un bon moyen pour former des techniciens ambulanciers, ce qu'on appelle des paramédics de niveau 1, de façon adéquate? Et la formation, le diplôme d'études collégiales pourrait permettre d'aller un peu plus loin dans la formation des paramédics et permettre aussi, principalement, la formation de paramédics mais en soins avancés.

C'est un débat, M. le Président, qu'on fait depuis un certain temps au Québec. Je sais que le Collège des médecins étudie la question. Mais, considérant qu'aux États-Unis c'est une pratique qui existe depuis très longtemps, considérant qu'au Canada anglais c'est aussi quelque chose qui a été mis en place depuis déjà un bon bout de temps... Au Québec, si je ne m'abuse, il y en a une vingtaine, 20, 29, là, je n'ai plus le chiffre exact, vous m'excuserez, vous m'excuserez, ou une vingtaine, je pense,

c'est 19 à Montréal, un à Québec, qui sont formés en soins avancés. C'est un élément déficient dans le réseau, parce que ces gens-là ont la compétence, M. le Président, pour donner des soins rapidement dans des cas critiques et urgents, et on tarde à mon avis à mettre en place ce type de service là. Est-ce que le ministre peut nous dire s'il y a un échancier pour qu'il y ait un déploiement, au niveau du Québec, de techniciens ambulanciers, de paramédics qui sont formés en soins avancés?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Effectivement, nous, on a manifesté, je dirais, une attitude ouverte quant à cette question des pratiques avancées, là, pour les techniciens ambulanciers du Québec. D'ailleurs, on avait à l'époque demandé un rapport à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, qui a confirmé que, dans certaines situations — il faut être prudent, dans certaines situations — ce type de pratique là pouvait apporter une amélioration des résultats cliniques, évidemment de la survie, mais pas dans toutes les situations. Mais, dans certaines situations bien encadrées, on est tout à fait d'accord d'aller de l'avant. D'ailleurs, ça va se faire par des projets, à Montréal surtout, avec le Collège des médecins. On a déposé un échancier — que je n'ai pas ici avec moi mais qu'on pourra acheminer éventuellement aux collègues, là — de déploiement de ces projets-là avec le Collège des médecins. Et, s'il y a des retards de déploiement, c'est souvent dû au fait qu'il faut bien s'harmoniser avec le Collège des médecins pour voir quels sont les actes qui seront posés par ces techniciens.

Il ne faudrait pas non plus déduire que la qualité ou le niveau des soins ambulanciers au Québec est inférieur à ce qui existe dans les autres provinces canadiennes. Ce qui est appelé paramédic dans les autres provinces canadiennes, chez nous, a souvent son équivalent surtout avec le niveau 1 dont parle le député, en termes de nombre de médicaments qui peuvent être administrés, de certaines techniques, par exemple respiratoires, qui sont pratiquées par nos techniciens ambulanciers. Je pense que c'est une erreur de faire l'adéquation entre le fait qu'il n'y ait pas tout à fait le même parcours de formation au Québec qu'ailleurs et le niveau de soins qui est donné à la population. Cependant, on est d'accord qu'il faut, à travers la professionnalisation, former un nombre déterminé de ces personnes avec une formation encore plus avancée et, celles qui ont la formation, qui étaient à l'origine d'ailleurs des discussions médiatiques qu'on a eues à l'époque, on va les incorporer dans des projets pilotes.

Je n'ai pas le calendrier avec moi, aujourd'hui, mais on pourra y revenir, je l'espère, d'ici la fin des crédits. Je sais qu'on avait envoyé un représentant du ministère à l'agence de Montréal et à Urgences-Santé pour établir ce calendrier-là avec eux.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

#### **Investissements requis pour valoriser la profession d'ambulancier paramédical**

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Je suis d'accord avec le ministre sur un point, c'est vrai que les paramédics...

Parce que maintenant on a harmonisé le terme, on parle de paramédics. Ceci étant dit, il est clair que ceux qui n'ont pas la formation ou qui n'ont pas encore l'autorité, parce qu'il y a des gens qui ont la formation mais qui n'ont pas l'autorité pour pratiquer des soins avancés... c'est clair que le panier de services est restreint, là, parce qu'il y a des actes qu'ils ne sont pas autorisés à poser. Et là, évidemment, on parle de sauver des vies. Je comprends qu'il faut encadrer, je comprends qu'il faut être prudent là-dedans puis je suis tout à fait d'accord avec ce principe-là. Ceci étant dit, c'est un débat qui se fait quand même depuis très longtemps au Québec, et je pense que l'utilité de ces services-là a été démontrée au-delà du doute raisonnable dans plusieurs provinces canadiennes, États américains, alors je voulais m'assurer que le ministre était conscient de ça et faisait les démarches nécessaires, M. le Président, pour qu'on puisse très rapidement déployer, au Québec, des paramédics formés en soins avancés.

Ceci étant dit, M. le Président, ça amène évidemment des questions budgétaires, parce que, dans ces circonstances-là, évidemment on parle d'adapter les véhicules, parce que c'est sûr que, si on donne des soins avancés, il faut adapter les véhicules à cette réalité-là. On parle aussi, au niveau des techniciens ambulanciers, de conditions de travail qui font en sorte que la profession est plus ou moins attirante. On vit un peu le même problème qu'au niveau des infirmières qui travaillent dans les soins intensifs et dans les urgences où les paramédics vont gagner en moyenne 45 000 \$, alors qu'ils se comparent à leurs confrères policiers, pompiers qui sont dans des échelles de salaires beaucoup plus aux alentours de 55 000 \$, 60 000 \$, 70 000 \$.

Est-ce que le ministre est conscient de ce problème-là et, pour valoriser ce service-là qui est de première importance, est-ce qu'il est ouvert à ce que les budgets nécessaires soient investis pour revaloriser la profession, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Ah, oui, M. le Président, on a pleinement conscience à partir du moment où on a pris la décision de professionnaliser ce métier de technicien ambulancier et de lui donner une formation collégiale... D'ailleurs, les policiers et les pompiers dont parle le député ont une formation collégiale complète, et non pas une attestation. On est conscients du fait que ça va éventuellement mener à une reclassification salariale, étant donné l'augmentation de la formation académique demandée, d'où l'importance de les utiliser correctement et au maximum, d'où l'importance d'introduire non seulement les soins avancés, qui ne sont pas la réponse universelle dans toutes les régions du Québec, mais également les travaux qu'on est en train de faire avec les ambulanciers et leurs représentants sur la question des horaires, par exemple, en région puis sur la question de la détermination des priorités, pour le nombre d'ambulances, par exemple, à accorder par centre.

Alors, ces travaux-là vont se terminer à la fin juin, et on devrait être en mesure d'annoncer des projets de déploiement, des projets pilotes de réaménagement des horaires pour les ambulanciers qui sont également... Et je pense que le député le sait, parce qu'il semble avoir étudié la question en général au Québec, il y a des problèmes

dans les villes, Urgences-Santé, Québec, des problèmes particuliers. Il y a également des problèmes dans les régions, et notamment les régions excentriques avec des populations réduites, notamment qu'on dit être en rapport avec l'aménagement des horaires de travail. On est d'accord pour regarder ça puis de déployer des façons nouvelles de faire avec les ambulanciers. Et on aura l'occasion, je pense, à la fin des travaux du comité, qui est prévue pour la fin juin, d'annoncer le déploiement de ces projets pilotes là.

● (17 heures) ●

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

### Faisabilité d'un projet pilote d'ambulanciers paramédicaux dans la ville de Québec

**M. Caire:** M. le Président, le ministre en a parlé, il y a effectivement un projet pilote pour déployer les ressources formées en soins avancés avec Urgences-Santé. Dans le cadre du 400e anniversaire de Québec, est-ce que le ministre serait ouvert à ce qu'il y ait un projet pilote qui soit ouvert à Québec aussi? Parce qu'on le sait, bon, ou en tout cas on le souhaite, qu'il y aura affluence au niveau de la ville de Québec dans ce cadre-là, il y aura une augmentation du tourisme, on le souhaite. Ça peut paraître banal ou ridicule, mais la possible présence du pape risque d'amener aussi plus de gens, plus de gens âgés, donc plus de gens à risque d'avoir besoin de services rapidement, de services d'urgence. Les gens de la CTAQ me confirment être en mesure de répondre à cette demande-là. Est-ce que le ministre est ouvert à ce qu'un projet pilote similaire soit ouvert à Québec?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, avant d'aller sur la question du projet pilote, je veux quand même rappeler que, même s'il y a des difficultés, la qualité du transport ambulancier à Québec est reconnue, même à l'extérieur des frontières du Québec. Quand on a eu la discussion sur la question des techniques avancées, il y a eu une étude qui a comparé les taux de survie dans différentes villes canadiennes suite à des traumatismes, et nettement axée sur l'aspect des transports préhospitaliers, et, lorsque Québec était comparée à d'autres grandes villes canadiennes où il y a le statut dont parlait tantôt le député, Québec avait des meilleurs résultats en termes de survie à cause de l'organisation, de la façon dont les choses sont faites.

On a également autorisé les localisateurs GPS pour les ambulances de Québec et l'ajout d'un véhicule supplémentaire. Quant à un projet pilote de pratique avancée, on n'est pas fermé à ça, mais il faudrait qu'il nous en soit présenté un. Puis, d'autre part, le but d'un projet pilote à Montréal, c'est de l'appliquer ailleurs après. On n'est pas pour avoir des projets pilotes partout, là. Le projet pilote à Montréal va servir de base pour voir si on va l'appliquer ailleurs. La région a fait ses preuves lors du Sommet des Amériques, il y a eu quelques petits accrochages à l'époque qui ont certainement entraîné des transports ambulanciers, puis les gens ont bien répondu. Je rappelle également la tragédie de Dawson, où la presse internationale a commenté de façon très positive la performance des forces policières puis des techniciens

ambulanciers de Montréal à cette occasion-là. Alors, oui, il y a des améliorations à faire, mais le niveau de service actuellement qu'on donne est bon. On doit être préoccupé cependant, comme le collègue, par la motivation, la rétention du personnel, les conditions de travail. On travaille là-dessus.

À Québec, moi, ce que j'encouragerais également, c'est de voir à faire la promotion d'un projet de premiers répondants. On a fait le déploiement des premiers répondants à Montréal, avec la ville de Montréal puis les pompiers. Parce que les ambulanciers, ce n'est pas la seule réponse à la chaîne de traitement préhospitalière. Les premiers répondants qui interviennent très rapidement sont souvent plus efficaces pour certaines conditions. Ils ne remplacent pas les techniciens ambulanciers, mais ils sont plus souvent disponibles dans les minutes qui suivent, par exemple, un arrêt cardiaque ou une urgence, avant que l'ambulance arrive. Alors, on a eu l'occasion de le faire à Montréal. Moi, je serais heureux que la ville de Québec élabore un projet semblable. Jusqu'à maintenant, ça n'a pas été le cas. J'entends qu'il y a de l'intérêt, et on verra à ce qu'on l'accompagne si c'est le cas.

**Le Président (M. Kelley):** Tout en soulignant les pompiers de la ville de Pointe-Claire qui étaient les pionniers dans ce domaine, dans le comté de Jacques-Cartier.

**M. Couillard:** Côte-Saint-Luc également, dans Côte-Saint-Luc.

**Le Président (M. Kelley):** Oui. M. le député de La Peltrie, dernière question.

**M. Caire:** Déjà?

**Le Président (M. Kelley):** Oui.

**M. Caire:** M. le Président, bon, puisque le ministre parle de la qualité du transport à Québec, transport ambulancier s'entend, je suis tout à fait d'accord avec lui que les artisans du milieu font un travail fantastique, mais, il faut bien le considérer, avec des projets limités. Le président de la CTAQ, M. Malaisson, déposait un projet pour l'augmentation du nombre de véhicules et de ressources, projet qui est resté sans réponse à ce jour de la part du ministère. En fait, il y avait trois scénarios possibles.

Juste vous donner quelques statistiques rapidement, M. le Président: en 2002, la CTAQ faisait 32 201 transports; en 2003, 32 682 transports; en 2004, 35 348 transports; en 2005, 42 104 transports; en 2006, 46 592 transports. Vous voyez, M. le Président, qu'il y a une augmentation constante. Avec Québec, avec... en 2008, le 400e anniversaire de Québec, on peut penser qu'il va y avoir encore une augmentation. C'est trois à cinq véhicules de plus que la CTAQ demande, avec évidemment des techniciens formés. C'est un projet de 14 millions. Tout à l'heure, le ministre annonçait, dans son programme, 15 millions. C'est ce que demande la CTAQ pour assurer un transport sécuritaire puis être capable d'avoir une couverture de risques adéquate pour la ville de Québec.

Est-ce que le ministre est disposé à entendre les gens de la CTAQ et à les recevoir, ce qu'il n'a pas fait à ce jour et ce qui serait très apprécié par ces gens-là?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** D'abord, il faut corriger. Il y a eu des ajouts de matériel à Québec, il y a eu un ajout d'un véhicule, puis il y a eu un ajout de GPS dans les véhicules ambulanciers.

Maintenant, pour le reste, on s'est mis d'accord avec les ambulanciers qu'on allait attendre, tout le monde au Québec, les résultats des travaux du comité Gauthier, qui va donner ses travaux à la fin juin, pour déterminer l'ordre de déploiement de véhicules supplémentaires, la façon dont les besoins vont être calculés et priorisés et la question des horaires de travail. Donc, c'est la même chose pour tout le monde, à Québec comme ailleurs dans la province. On aura les résultats de ce groupe-là et on verra par la suite pour les actions subséquentes. On n'est pas fermé du tout à l'ajout de matériel lorsqu'on aura la confirmation qu'il va être bien utilisé, bien géré et qu'il va répondre aux véritables besoins.

Par ailleurs, l'augmentation de nombre de transports, c'est intéressant — que cite le député — qui est tout à fait en parallèle avec l'augmentation de l'affluence dans les salles d'urgence. C'est un élément parallèle, parce qu'on a beaucoup de personnes sur civières, âgées, qui se présentent... 70 000 de plus, au Québec, qu'en 2003, qui viennent en ambulance. Alors, c'est dans toutes les régions du Québec. On a un accroissement du volume de transports.

Il y a également l'utilisation de véhicules ambulanciers pour le transport interétablissements qui n'est pas toujours, comment dire, justifié. Pour les gens qui sont des grands malades, oui, certainement, mais, pour d'autres, on pourrait utiliser d'autres types de véhicules que des véhicules ambulanciers qui sont souvent immobilisés pour faire ce type de transport là. On est en train de regarder des solutions alternatives à ça également.

**Le Président (M. Kelley):** Merci, M. le ministre. Je suis maintenant prêt à céder la parole au député de Marie-Victorin. M. le député.

#### **Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine (suite)**

##### **Sommes investies à ce jour**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. M. le ministre, est-ce qu'on sait combien ont coûté les projets des mégahôpitaux universitaires jusqu'à maintenant?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, ce qu'on m'indique, M. le Président, puis on aura le détail plus précis au cours de la fin de nos travaux, si on prend les études qui ont précédé 2003, on est autour à peu près de 100 millions de dépenses pour les projets d'hôpitaux. J'ajoute que, dans la planification du directeur exécutif, de ce qui nous concerne, nous, comme gouvernement, le montant qui est consacré aux études, au travail de gestion, est compatible en pourcentage avec les normes internationales de projets de construction en la matière. On aura également ce renseignement en termes de pourcentage. On m'indique le chiffre approximatif de 100 millions, puis on aura plus de détails, je n'ai pas la feuille avec moi ou à moins qu'on l'ait...

**Une voix: ...**

**M. Couillard:** Alors, on m'indique qu'actuellement il y a 3,5 % des enveloppes budgétaires qui sont consacrées à la planification, ce qui inclut les études, ce qui est la norme internationale pour ce type de projet là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Donc, juste pour que ce soit bien clair, M. le Président, 100 millions d'études avant 2003 et 100 millions d'études et de coûts de planification après 2003?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** 100 millions inclut ce qui a été fait avant 2003. Il y a environ 60 millions d'études qui étaient déjà faites quand on est arrivé, donc pour le site de la rue Bellechasse, là, qui a été abandonné, il y a eu environ donc, quoi, 40 millions de plus qui ont été ajoutés depuis 2003, pour un total de 100 millions. Si on regarde l'évaluation des coûts, l'enveloppe de 3,6... pardon, oui, de 3,6 milliards dont on parlait tantôt, le montant attribué et réservé, provisionné — comme on dit en mauvais français et en termes techniques — pour l'élément de planification s'élève à 3,5 % du projet. Tout n'a pas été engagé, il en restera à faire d'ici la fin de la réalisation, mais on est, là-dessus, tout à fait en ligne avec les recommandations internationales en la matière.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

##### **Diffusion des études réalisées à ce jour**

**M. Drainville:** Est-ce qu'on peut... est-ce qu'il est possible d'obtenir ces études-là?

**Des voix: ...**

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre, la question est posée.

**M. Couillard:** Oui, oui, je consulte, alors...

**Le Président (M. Kelley):** Oui, oui, exactement.  
(Consultation)

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** La plupart des études ont déjà été rendues publiques dans le cadre de la commission parlementaire qui a eu lieu ici d'ailleurs, à l'époque, pour discuter des projets. Il y a certaines études, pour la même raison que j'ai dite tantôt, qu'on ne peut pas rendre publiques parce qu'elles touchent forcément le processus de qualification ou d'appel d'offres qui va commencer. Et là également il va falloir être extrêmement prudents. Je sais que c'est décevant du côté de l'opposition, mais on va avoir le même problème avec l'OSM, avec l'autoroute 25, avec tous ces projets-là, on ne peut pas se permettre de dévoiler

des informations qui amenuiseraient ou qui mineraient notre capacité concurrentielle, notre capacité de négocier sérieusement au nom des contribuables du Québec. Mais une grande partie des études ont déjà été rendues publiques lors de la commission parlementaire.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

#### **Estimation du coût des études à venir**

**M. Drainville:** Donc, M. le Président, si on dit qu'effectivement les coûts d'études et de planification vont représenter autour de 3,5 % du projet, 3,5 % de 3,6 milliards, c'est au-dessus de 100 millions — hein, 36 millions, c'est 1 %, donc au-dessus — on peut présumer donc qu'aux 40 millions d'études pour lesquelles on a déjà payé depuis 2003, il s'ajouterait au moins un autre 60 millions, là, dans les mois ou les années qui viennent.

**M. Couillard:** Oui, exact. Et je répète, et c'est important, c'est, entre guillemets, normal — fermez les guillemets. C'est la norme internationale pour gérer les projets de construction de cette ampleur-là, et on veut s'assurer de la respecter. C'est un gage également du sérieux des travaux qui sont faits actuellement.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

#### **Budget de fonctionnement du bureau du directeur exécutif**

**M. Drainville:** Est-ce qu'on connaît le budget de fonctionnement du comité Gignac actuellement?

● (17 h 10) ●

**M. Couillard:** Il n'y a pas de comité Gignac, il y a un bureau du directeur exécutif qui est à l'emploi du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le budget de fonctionnement est inclus dans les budgets de planification des projets, et là-dessus, également, on pourra apporter une réponse plus précise. Mais le budget de fonctionnement du bureau de M. Gignac et de ses assistants, qui, en passant, est de taille infinitésimale si on le compare à la SICHUM dans le bon vieux temps, hein, on est sur deux planètes différentes. La SICHUM, il y avait un bâtiment, il y avait des dizaines et des dizaines de personnes là-dedans. Le bureau de M. Gignac est un bureau qui est léger, qui se déplace, qui va dans les établissements, ce n'est pas du tout la même philosophie que ce qu'on avait à l'époque de la SICHUM.

Alors, j'ai ici une information pour 2006-2007 pour le sous-total du budget du bureau du directeur exécutif: 2 733 000 \$.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Donc, c'est 2,7 millions pour faire fonctionner le groupe de M. Gignac, là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** À fins de comparaison, le budget annuel de la SICHUM était autour de 9 millions.

**M. Drainville:** Mais j'ai bien compris, M. le Président, j'ai bien compris le ministre quand il nous parle de 2,7 millions, c'est le budget de fonctionnement du groupe de M. Gignac, y compris la masse salariale? C'est ça?

**M. Couillard:** Oui, y compris la rémunération, le loyer, les communications, les honoraires professionnels reliés au bureau, dépenses de personnel, etc., qui est mis à même le budget de planification dont on parlait tantôt.

**M. Drainville:** M. le Président, vous m'excuserez si jamais je pose des questions qui vous semblent un peu naïves ou... mais je préfère les poser plutôt que d'avoir des regrets par la suite. Quand M. le ministre nous dit que ce serait possible de rendre disponibles les études qui ne l'ont pas déjà été, est-ce qu'on doit s'attendre à ce qu'elles le soient avant la fin de nos travaux demain ou... Comment ça fonctionne?

**M. Couillard:** Ça va prendre beaucoup plus de temps que ça, et je ne garantis pas que toutes les études seront rendues publiques, je répète, pour la raison que je vous ai indiquée tantôt.

**M. Drainville:** O.K.

**M. Couillard:** Celles pour lesquelles on n'a pas d'objection à ce qu'elles le soient le seront, et notamment...

**M. Drainville:** Est-ce que vous pouvez me donner...

**M. Couillard:** ...notamment le moment où on ajustera ou on confirmera ou modifiera ou non les coûts et les échéanciers, les études à la base de ça pourront être communiquées, on n'a pas de problème, mais en étant extrêmement prudent avec l'aspect des coûts pour la négociation, encore une fois. Alors, l'opposition risque d'être déçue du volume de ce qu'on va publier au cours des prochains mois et des prochaines années.

**Le Président (M. Kelley):** Et peut-être, M. le député, je m'engage avec le Secrétariat de vous informer des choses qui étaient déposées au moment de l'étude au Trente-septième Parlement. Alors, je pense qu'on a, dans les archives de la commission, déjà certaines études qui étaient déposées à ce moment.

**M. Couillard:** M. le Président, je n'ai pas saisi. M'avez-vous posé une question?

**Le Président (M. Kelley):** Non, non. J'ai juste dit à M. le député, parce qu'il y avait effectivement des consultations au sujet de ces études devant la Commission des affaires sociales dans le passé, alors je peux informer le député des documents qui sont déjà en possession de la Commission des affaires sociales. M. le député, la parole est à vous.

#### **Moment prévu du dépôt des documents afférents non confidentiels**

**M. Drainville:** Mais, pour les autres études, M. le Président, laissez-moi juste poser la question au ministre:

On parle de semaines ou de mois, juste pour que j'aie une idée un peu, là? On parle de semaines, j'imagine?

**M. Couillard:** Bien, en fait, M. Gignac ne fait pas d'études vraiment, là. Il travaille avec les établissements qui, eux, parfois font des études architecturales, qui engagent des professionnels. On risque d'être très déçu du côté de l'opposition. Le volume de ces études-là est très limité, puis je ne suis pas certain du nombre de celles qu'on va vouloir rendre publiques pour les raisons que j'ai expliquées tantôt. Donc, je ne donnerais pas d'échéancier aujourd'hui. On va faire une analyse de ce qui est disponible comme études, on prendra une décision éclairée quant à celles qui pourraient éventuellement être rendues publiques, puis on le communiquera.

**M. Drainville:** On parle d'études au sens large, M. le Président... M. le ministre, on parle...

**M. Couillard:** C'est ça.

**M. Drainville:** ...d'études au sens large, analyse de documents, là. Je ne veux pas faire une demande d'accès, là, mais...

**M. Couillard:** Et sans jamais nuire à la position concurrentielle, la position de négociation du gouvernement du Québec.

#### **Engagement du gouvernement fédéral concernant le financement**

**M. Drainville:** Très bien. Est-ce que vous... M. le Président, est-ce que le ministre de la Santé peut nous dire s'il a obtenu un engagement du gouvernement fédéral relativement au financement des centres hospitaliers universitaires?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, c'est intéressant comme question, parce que ça fait partie du montage financier. Je rappelle, pour fins de mémoire, que, pour les hôpitaux adultes, l'hôpital du CHUM et l'hôpital de McGill, on parle d'une contribution fédérale de 100 millions de dollars pour chacun des établissements. Pour l'Hôpital Sainte-Justine, c'est autour de 125 millions de dollars qui avait été mentionné par le gouvernement fédéral précédent, alors...

**M. Drainville:** J'ai 120 ici, M. le ministre.

**M. Couillard:** 120, 125...

**M. Drainville:** C'est 120 ou 125?

**M. Couillard:** Mettons 120, là. Alors, si on parle d'abord des deux premiers hôpitaux, le véhicule a été trouvé, et les soumissions sont déjà réalisées, et le processus va s'enclencher. Quel est ce processus? C'est par le biais de ce qu'on appelle le FCI ou le Fonds canadien d'initiative...

**Une voix:** D'innovation.

**M. Couillard:** ...d'Innovation, le Fonds canadien d'innovation, qui est un programme paritaire où le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et les institutions universitaires ou hospitalières apportent des montants. Il y a une sorte de sous-fonds du FCI qui a été créé, qui s'appelle le fonds des hôpitaux universitaires, et, avec ce fonds-là, on va utiliser 100 millions. Donc, on a déjà confirmé la source, les 100 millions pour les deux hôpitaux adultes, qui seront effectivement attribués à la partie recherche des projets de façon à respecter les juridictions en termes d'organisation de services et de soins de santé.

Pour la question de l'Hôpital Sainte-Justine, je sais que les collègues du gouvernement fédéral actuel sont à l'oeuvre sur cette question également. Ce que nous avons suggéré déjà il y a quelque temps et qui semble recevoir un écho positif, mais je n'ai pas de confirmation aujourd'hui de ça, c'est qu'il y ait création d'un fonds pancanadien pour les hôpitaux pédiatriques universitaires, qui verrait à attribuer sa part démographique ou populationnelle à l'Hôpital Sainte-Justine. Sans pouvoir le confirmer, je crois que de toute façon le gouvernement fédéral sera au rendez-vous, là.

L'Hôpital Sainte-Justine est un CHU pédiatrique, un centre hospitalier universitaire pédiatrique parmi les plus actifs au Canada, et je doute fort que le gouvernement fédéral ne veuille pas faire partie de cette belle réussite là, qui est d'ailleurs un très beau projet, hein? Je remercie le député d'en avoir parlé. Parce qu'on parle beaucoup du CHUM puis de l'hôpital de McGill, mais celui de Sainte-Justine est assez extraordinaire également. On en voit d'ailleurs la première ébauche avec l'agrandissement du centre d'oncologie quand on passe sur Côte-Sainte-Catherine, et il y a tout le projet Grandir en santé, qui est là, qui est autour de 500 millions — c'est quand même un gros projet aussi — et on a tendance à les oublier, mais ça fait partie de toute la modernisation de la médecine universitaire à Montréal.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Drainville:** Le FCI, il s'agit bien de la Fondation canadienne pour l'innovation, je crois, hein?

**M. Couillard:** Fonds canadien...

**M. Drainville:** Je crois que c'est Fondation canadienne pour l'innovation.

**M. Couillard:** ...canadienne de l'innovation.

**M. Drainville:** Voilà. Alors donc, ce que vous nous dites, M. le ministre, si je comprends bien, c'est qu'il y aura un sous-fonds qui sera créé ou qui a déjà été créé... qui a déjà été créé...

**M. Couillard:** Créé.

**M. Drainville:** ...et duquel émanera... Est-ce que c'est les deux fois 100 millions qui émaneront de ce fonds ou est-ce qu'il y a seulement la partie recherche qui émanera de... C'est ça, là...

**M. Couillard:** Bien, c'est les deux fois 100 millions.

**M. Drainville:** Deux fois 100 millions.

**M. Couillard:** Mais, dans l'architecture financière du projet, comme le fonds... la Fondation canadienne de l'innovation finance des infrastructures de recherche, on va s'assurer qu'on attribuera, qu'on étiquettera, si vous voulez, le 100 millions comme faisant partie du financement des centres de recherche.

Je rappelle, c'est un... lorsqu'on parle des hôpitaux — puis très brièvement, je ne vous prends pas du temps juste pour le plaisir de le prendre, là... Lorsqu'on dit, par exemple, qu'on va doubler la superficie actuelle du centre de recherche du CHUM, bien on voit toutes les retombées économiques en termes d'économie, de développement, d'innovation que ça peut entraîner. Même chose du côté de l'Université McGill. Alors, il ne faut pas négliger la partie recherche, la partie des centres de recherche des deux projets qui font partie en fait de... un des bons arguments pour justifier la construction de ces hôpitaux, outre la vétusté des installations actuelles, c'est la nécessité d'augmenter considérablement les plateaux de recherche.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Je ne suis pas un expert en la matière, M. le Président, mais je sais qu'à un moment donné, au cours des derniers mois, il y a eu des questions qui se sont posées pour l'avenir de la Fondation canadienne de l'innovation. Il y avait des questions... un questionnement quant au financement de cette fondation-là, si le gouvernement Harper allait s'assurer de la pérennité de cette fondation-là en s'assurant de son financement à venir.

Est-ce que vous êtes... enfin, pour ce que vous en savez, vous n'avez aucune inquiétude quant aux, comment dire, perspectives que les deux fois 100 millions seront bel et bien au rendez-vous? En d'autres mots, est-ce que vous avez des engagements fermes de la part du gouvernement fédéral sur ces deux sommes de 100 millions?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Ce que l'on sait, M. le Président, c'est qu'on va pouvoir obtenir les 100 millions dans le fonds qui existe déjà. Le fonds des hôpitaux universitaires existe déjà. Ce n'est pas un fonds dont on annonce la création éventuelle. Et, là-dessus, on a déjà annoncé notre position à l'intérieur du Québec, qu'on utiliserait complètement la partie québécoise de ce fonds-là pour aller chercher les 200 millions de dollars dont il est question.

Maintenant, à nul moment, ni moi ni le sous-ministre en titre, dans les relations, dans les réunions fédérales-provinciales, on n'a entendu évoquer la possibilité de l'interruption de la Fondation canadienne de l'innovation. Si c'est le cas, ça n'a pas été communiqué à moi ni à mes collègues du ministère.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Juste pour être bien, bien sûr, M. le Président. Donc, ce que je vous entends dire, M. le ministre, c'est que vous avez obtenu un engagement ferme du gouvernement fédéral qu'il allait en effet contribuer les deux fois 100 millions à même le fonds des hôpitaux universitaires? Vous avez un engagement ferme là-dessus?

**M. Couillard:** Sur le principe de pouvoir utiliser le fonds, oui. Cependant, la mécanique de la Fondation canadienne de l'innovation nous amène à présenter des soumissions qui doivent faire l'objet d'approbation par la fondation à Ottawa, mais disons qu'on est assez optimiste, là, tout le monde est d'accord que ces projets-là doivent se faire, puis tout le monde veut y participer. Alors, on verra, mais les soumissions sont actuellement terminées, M. Paquet?

● (17 h 20) ●

**M. Paquet (Roger):** Ça termine le 11 septembre 2007.

**M. Couillard:** Qui vont être transmises?

**M. Paquet (Roger):** Oui.

**M. Couillard:** Alors, les soumissions pour l'obtention des fonds seront transmises au plus tard le 11 septembre 2007. Notez bien qu'on n'a pas besoin de recevoir les fonds tout de suite, hein, on le fait maintenant, mais au cours de la construction des établissements, bien, ces fonds-là nous parviendront, autant pour les deux hôpitaux adultes que pour l'Hôpital Sainte-Justine.

**Le Président (M. Kelley):** Peut-être une dernière question, M. le député?

**M. Drainville:** Une dernière, vous dites?

**Le Président (M. Kelley):** Oui.

**M. Drainville:** Ah bon!

**M. Couillard:** Je pourrais donner une information supplémentaire, si le député le désire.

**M. Drainville:** Allez-y, bien sûr.

**M. Couillard:** Le résultat de la démarche, une fois la soumission en septembre 2007, nous amène à mars 2008 pour le résultat du processus. Donc, on pourra se donner rendez-vous en mars 2008 pour voir quelle a été la décision de la Fondation canadienne de l'innovation.

#### **Création d'un fonds pancanadien pour les hôpitaux pédiatriques**

**M. Drainville:** Bien, une dernière question à ce moment-là, M. le Président. Pour ce qui est de la création du fonds pancanadien pour les hôpitaux pédiatriques, encore une fois, est-ce que c'est un engagement politique que le ministre a obtenu? Où est-ce qu'on en est, là, au niveau de la... comment dire, du niveau de certitude?

**M. Couillard:** Je veux être bien clair là-dessus, c'est une idée que le Québec a proposée, on n'a eu aucune confirmation de ça encore, mais ça nous apparaît logique, et c'est une façon qu'on a suggérée au gouvernement fédéral d'utiliser un fonds nouveau pour amener sa participation à l'Hôpital Sainte-Justine. Parce que clairement ça ne peut pas être dans le Fonds canadien de l'innovation, on vient de le prendre pour les deux hôpitaux dont on parlé tantôt. Alors, c'est une suggestion du Québec qui,

d'après ce que j'entends, est bien reçue, mais n'a pas fait l'objet d'annonce encore de la part du gouvernement fédéral.

Je serais extrêmement surpris que le gouvernement fédéral ne veuille pas s'inscrire dans le projet de l'Hôpital Sainte-Justine, excessivement surpris. Alors, je suis très optimiste pour ça. De la même façon que pour les hôpitaux adultes on n'a pas besoin d'avoir le fonds maintenant, mais je pense que c'est assez certain que le gouvernement fédéral soit au rendez-vous. On parle quand même de médecine universitaire pédiatrique, et, s'il y a un enjeu qui rallie tout le monde au Canada, c'est bien celui-là.

**M. Drainville:** Très, très courte, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Très courte question.

**M. Drainville:** Donc, ce que je comprends, M. le ministre, c'est que ce fonds-là ne serait pas rattaché à la Fondation canadienne pour l'innovation, ce serait quelque chose de complètement séparé, hein?

**M. Couillard:** On ne le sait pas encore, ça. S'ils décident de mettre le fonds sur place — «ils» voulant dire le gouvernement fédéral — ils peuvent décider d'en faire un fonds supplémentaire à même la Fondation canadienne de l'innovation ou d'en faire un fonds séparé, et, à ce moment-là, la mécanique va changer. Mais disons que je suis très optimiste quant à la quasi-certitude d'obtenir les fonds, la participation du gouvernement fédéral pour ce beau projet là.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Je suis prêt maintenant à céder la parole à Mme la députée d'Anjou qui veut poursuivre sur ces questions sur le recrutement des médecins de l'extérieur du Québec. Mme la députée.

#### **Ressources nécessaires à l'encadrement des médecins résidents diplômés hors Canada et États-Unis**

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. M. le ministre, vous avez bien fait de nous rappeler à l'ordre pour les diplômés hors Canada et États-Unis. Effectivement, je pense que c'est important de faire cette nuance-là. C'est un dossier qui est excessivement complexe. Les gens souvent... et même moi, quand je suis arrivée au ministère, le temps qu'on assimile qu'il y a quand même 50 professions régies par 45 ordres professionnels, chaque ordre professionnel a son propre règlement, doit demander au conseil professionnel pour pouvoir faire des changements, il faut réellement traiter chaque ordre différemment selon les demandes de reconnaissance de diplôme. Parce qu'on sait tous, exemple, qu'il peut y avoir beaucoup de demandes au niveau des médecins, mais très peu au niveau des acupuncteurs, notamment, mais c'est de même pour toutes les spécialités. Et c'est sûr qu'il y a certains illogismes. Si je regarde qu'un acupuncteur qui arrive ici n'est pas reconnu, alors que l'acupuncture a été inventée en Chine, et que cette personne-là a été formée en Chine, il me semble que c'est un minimum qu'on puisse trouver la bonne façon de reconnaître ce diplôme-là. Donc, il est évident que le travail qui se fait avec les ordres professionnels est très important.

Je pense que c'est important de souligner aussi tout le travail qui a été fait à l'initiative du rapport Bazergui et le comité permanent qui fait le suivi, sur lequel il y a des gens du ministère de la Santé qui sont là, des gens du Collège des médecins et des universités également, pour pouvoir trouver les bonnes façons de faire. C'est comme ça qu'on a trouvé la manière d'accompagner, mieux accompagner les médecins pour la préparation lors des examens. Vous avez parlé d'un taux de réussite qui est passé de 20 % à plus de 60 %. Effectivement, lorsqu'on se rend compte qu'il y a des lacunes là, c'est correct. Après ça, c'étaient les places en résidence; bon, parfait, on les a augmentées.

J'aimerais vous entendre sur les problématiques qu'on vit présentement lorsqu'on entend les gens des facultés dire que ça demande beaucoup plus de temps et de ressources pour accompagner, mieux accompagner ces médecins-là en résidence. Parce que je sais très bien qu'au ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, vous le savez, vous aussi, il y a des crédits supplémentaires pour pouvoir aider justement les différents ordres professionnels à trouver les bons moyens pour mieux accompagner ces professionnels-là pour qu'ils puissent se réaliser. Donc, avec les médecins étrangers plus particulièrement, les prochaines étapes, et après ça je vous parlerai des infirmières.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, effectivement, puis je peux le confirmer comme ayant été moi-même enseignant dans une faculté de médecine, ce n'est pas un commentaire péjoratif de le dire, c'est normal, il y a un choc culturel, il y a des façons différentes. Et, lorsqu'on a à superviser ces candidats, effectivement il y a une intensité de la supervision puis de l'encadrement qui est plus importante... pour les diplômés locaux, si je peux m'exprimer ainsi. Alors, c'est la raison pour laquelle, dans les rencontres avec les facultés de médecine, on s'est déclaré ouvert, très ouvert même à bonifier le montant que reçoivent les facultés per capita pour l'encadrement de ces candidats aux besoins particuliers.

Il ne faut pas minimiser, là, l'ampleur du choc parfois des organisations qui sont en présence. Prenez le cas hypothétique d'un médecin africain qui est au Québec depuis cinq, six, sept ans, qui n'a pas pratiqué sa profession depuis plusieurs années et qui se retrouverait, par exemple, du jour au lendemain, à Gaspé dans une unité de médecine de famille. Ce n'est pas évident pour personne. Alors, ce que les facultés de médecine... ou un d'entre eux ou deux d'entre eux nous ont mentionné, c'est que, lorsqu'on va faire l'acclimatation de ces candidats-là, on aurait avantage à considérer des milieux qui ont des expériences préalables dans la médecine qu'on peut appeler inter-culturelle, la mise en contact des communautés culturelles. Il y a des milieux comme ça, à Montréal particulièrement, qui ont développé cette expertise-là.

Lorsque je les ai... puis je ne veux pas non plus révéler les détails de conversations privées, mais, moi, je leur ai transmis ce que les citoyens nous disent, et en général ce qu'on entend, le monde, les gens ne comprennent pas que ces personnes dont la compétence a été jugée acceptable par le Collège des médecins ne soient pas jugées admissibles par les doyens des facultés de médecine. Et,

comme ils l'ont dit publiquement, je peux le répéter, ils ont répété qu'à leur avis ces candidats... Je leur ai demandé: Si on faisait un deuxième tour, est-ce que vous pourriez reconsidérer? Et ils l'ont dit publiquement, c'est pour ça que je le rapporte, ces candidats selon eux n'ont pas les qualités requises pour être admis dans leurs programmes de formation. Bon. Les universités sont souveraines en cette matière, mais il n'en reste pas moins qu'il y a là une perception au moins difficile pour d'abord les personnes elles-mêmes qui sont concernées, mais pour les citoyens en général du Québec. Et j'en ai eu conscience dans les communications qu'on a reçues des citoyens au cours des épisodes des dernières semaines.

Alors, une fois qu'on a dit ça, comment est-ce qu'on améliore les choses? Bien, c'est là qu'on veut mettre en présence le Collège des médecins et puis les facultés de médecine. Les facultés de médecine nous disent: Bien, on croit qu'il faudrait prolonger puis bonifier le processus d'évaluation des compétences qui d'après eux n'est pas complet. Puis là il y a un élément, dans les motifs également qui sont donnés aux candidats, qui est difficile, parce que c'est un peu ce qu'on appelle en anglais un «catch-22», là, si vous me permettez l'expression... Un des motifs qui est invoqué, c'est le nombre d'années qui se sont écoulées sans que la personne pratique. Alors, vous comprenez que, pour ces médecins diplômés hors Canada—États-Unis, ils voient ça comme un double obstacle. D'abord, ils sont immigrants ici, ils doivent faire reconnaître leurs compétences, qui est un processus qui n'est pas court, hein, qui est assez long et fastidieux, ça prend des années pour le faire, disons-le, en pratique, puis, après le fait d'avoir pris des années pour en arriver là, c'est comme si ça se retournait contre eux comme un facteur négatif pour l'admission dans le programme de formation. Alors, il y a là un élément que je leur ai présenté puis qu'ils réalisent également très bien.

J'ai senti de leur part une bonne volonté, là, pour améliorer l'équité ou la perception de l'équité. Eux considèrent que la démarche est équitable, je tiens à le dire, là. Mais, pour la perception d'équité et de justice dans le processus, ils sont tout à fait disposés à travailler avec le Collège des médecins, avec l'idée, et je leur ai également présenté cette conclusion éventuelle, que, si le Collège des médecins en venait à changer, ou bonifier, ou améliorer son mécanisme de vérification de compétence, ce serait encore moins acceptable, à ce moment-là, que le taux d'admission des candidats formés hors Canada—États-Unis soit très différent du taux d'admission des candidats formés au Québec.

Mais je voudrais quand même rappeler, en terminant, que les doyens insistent pour qu'on le dise, et ils ont raison, que le Québec a fait quand même des efforts considérables en la matière au cours des dernières années quant au nombre de personnes admises et au pourcentage de candidats admis par rapport au reste du Canada. C'est plus élevé au Québec qu'ailleurs au Canada. Moi, je ne le savais pas, ils me l'ont appris lors de notre rencontre, et je pense que ça mérite d'être souligné: il y a un effort qui est fait. Donc, on parlait de 30 et quelques pour cent, si ma mémoire est exacte, mais autour de 15 %, 16 % dans le reste du Canada. Évidemment, les nombres absolus varient, là, parce qu'il y a beaucoup plus de candidats ailleurs au Canada en raison du bassin de recrutement de personnes

anglophones. Alors ça, il faut réaliser également que les nombres absolus sont très différents.

● (17 h 30) ●

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

### **Changements envisagés aux permis restrictifs de médecins diplômés hors Canada et États-Unis**

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. J'aimerais ça parler avec vous des permis restrictifs temporaires et permanents que permet maintenant la loi n° 14 à partir du moment où le Collège des médecins aura apporté des modifications à ses règlements. Le Collège des médecins... Présentement, il y a des médecins qui ont des permis restrictifs temporaires, donc renouvelables aux années. Le permis restrictif permanent permet à des professionnels d'avoir un permis qui va limiter le nombre d'actes ou de gestes qu'ils peuvent faire dans leur pratique mais de manière permanente, de façon à ce qu'ils ne repassent pas les examens à toutes les années pour voir le renouvellement de leur permis. Nous savons tous qu'avec la pénurie de main-d'oeuvre, au niveau des médecins particulièrement, lorsqu'il y a des médecins dans les bureaux, entre guillemets, que je vais appeler, là, pas ceux avec la blouse blanche, mais la chemise blanche, les médecins qui sont responsables d'unités, de départements ont beaucoup de permis restrictifs, notamment pour les professeurs, les chercheurs.

Donc, est-ce que vous entrevoyez bientôt des changements pour le Collège des médecins pour pouvoir rendre permanents les permis restrictifs de ces médecins-là? Et en même temps ce serait possiblement une avenue à regarder avec certains médecins étrangers diplômés hors Canada—États-Unis, excusez-moi.

Parce que je suis d'accord avec vous qu'il est évident qu'un médecin qui n'a pas pratiqué depuis 15, 20 ans... Il faut être logique, là, jusqu'à un certain point, la technologie avance tellement vite, la pratique entre les différents pays, il y a des mises à niveau qui sont à faire, et ce n'est pas tout le monde qui pourrait avoir la capacité de faire ce rattrapage-là de plusieurs années. Est-ce qu'on regarde la possibilité de mettre à contribution ces médecins-là dans des postes de bureau, entre guillemets, mais toujours dans un milieu hospitalier — parce qu'il y a quand même une expertise qui pourrait être intéressante — ou de les réorienter ailleurs dans le réseau de la santé, soit au niveau des soins infirmiers, les ambulanciers, etc., qui sont aussi des métiers où il y a beaucoup de pénurie?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Oui, on fait ça. Mais je voudrais peut-être revenir en arrière sur la question des permis restrictifs, pour bien informer les collègues puis la population de la façon dont ça se produit. En fait, on a deux types de permis restrictifs, au Québec, pour les médecins qui viennent de l'étranger. Et on ne parle pas des médecins québécois formés à l'étranger; on parle des médecins qui sont à l'étranger et qui sont recrutés au Québec. Il y a un processus qui est un processus excessivement rapide, qui est le recrutement par les facultés de médecine pour bonifier le corps professoral. Et ça, ça se fait très rapidement. En fait, ça prend quelques mois, là; je l'ai vécu moi-même lorsque j'étais à la faculté de médecine

de l'Université de Sherbrooke. On identifie des candidats dont la valeur en termes de recherche et d'enseignement améliore la qualité puis renouvelle le corps professoral, et ces gens-là sont admis avec un permis restrictif. Et, au bout d'un certain nombre d'années, ils peuvent postuler pour un permis régulier. Mais il faut qu'ils passent des examens; à ce moment-là, il passent des examens de spécialité.

Et le permis restrictif ne limite pas les actes que la personne peut poser. Le permis restrictif est une limitation spatiale. Il limite l'endroit. Ça attache le médecin à un établissement. Par exemple, si la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke recrute un professeur étranger, bien cette personne-là doit rester à la Faculté de médecine pour un nombre déterminé d'années. Après ce nombre-là, bien là elle peut se présenter aux examens de spécialité. Si elle réussit, cette personne peut alors obtenir un permis régulier qui l'amène à pratiquer partout au Québec.

Pour les autres permis restrictifs, qui sont les permis des médecins non universitaires qui veulent venir pratiquer en région, là-dessus je pense qu'on a un consensus au Québec, à la fois dans la population, dans la profession médicale et des médecins étrangers eux-mêmes: ils acceptent le fait que des postes leur soient attribués dans les régions dépourvues en effectifs. D'ailleurs, c'est un argument qu'ils nous donnent: Vous avez des régions où il manque des médecins, je suis là, je vais venir aider. Alors, effectivement, ces permis restrictifs là attachent également la personne géographiquement. Ils doivent être renouvelés. S'ils sont éventuellement remplacés, ça va être par des contrats qui vont avoir le même effet que le permis restrictif, c'est-à-dire d'attacher la personne à l'établissement pour un nombre déterminé d'années. Ça, en fait ça ne présente pas vraiment de problème parce que les médecins qui viennent de l'étranger savent qu'ils viennent, là, pour nous aider à combler une situation de pénurie, donc qu'ils viennent pratiquer dans une région qui est en déficit d'effectifs. Et, de ce côté-là, ça va assez bien. Mais je voulais expliquer les deux sortes, là, parce qu'il y a deux populations différentes de médecins.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

#### **Mode de fonctionnement du programme Recrutement Santé Québec**

**Mme Thériault:** Oui. Merci. Avec Recrutement Santé Québec, pouvez-vous nous expliquer comment ça fonctionne?

**M. Couillard:** Alors, on a fait, avec Recrutement Santé Québec, une sorte de guichet unique. Auparavant, les médecins ne savaient pas où s'adresser pour donner suite à leurs démarches. Quelqu'un est en Belgique puis décide tout d'un coup qu'il voudrait venir s'installer au Québec, pratiquer la médecine. Alors, il y a un site Internet — ça peut se faire en ligne, courriels et site Web — où on lui explique tout, toutes les démarches à suivre. On l'assiste dans les parrainages, on l'assiste également pour certaines dépenses du processus, et ça permet d'unifier les énergies plutôt que de les fragmenter. Alors, avant, la personne devait demander au Collège des médecins, ensuite demander aux établissements, ensuite demander au ministère, alors que là on a centralisé ça avec un organisme qui fait du recrutement non seulement pour

les médecins, mais également pour les autres professionnels, comme les infirmières. Alors, c'est une sorte de guichet unique pour le recrutement étranger.

#### **Mesures visant à augmenter l'effectif du personnel infirmier**

**Mme Thériault:** Au niveau des infirmières, il y a aussi des mesures qui ont été prises pour pouvoir travailler avec celles qui sont diplômées hors Québec, Canada. Quelles sont-elles? Et, si vous avez des chiffres aussi par rapport au nombre d'infirmières qui ont été admises dans les quatre dernières années, ce serait intéressant.

**M. Couillard:** D'abord, le nombre de diplômées hors Québec, résidentes du Québec, diplômées à l'extérieur du Canada, un peu comme les médecins tantôt, et membres de l'ordre, a doublé entre 2002 et 2005, et passé de 100 à 204. Donc, c'est deux fois plus. Donc, on voit qu'il y a des efforts qui sont faits. Il y a une perception certainement que des efforts supplémentaires sont nécessaires, mais personne ne peut nier qu'il y a des efforts qui sont faits.

On a un programme particulier de recrutement d'infirmières françaises également, pour des raisons évidentes, notamment de la langue. On a des missions annuelles. On a recruté depuis juin 2000 ici, au Québec, 578 candidates, dont le taux de rétention est d'environ 60 %, ce qui n'est pas mal, compte tenu des processus d'immigration, du fait que la personne aime ou n'aime pas le nouveau pays dans lequel elle s'installe, etc. Je vous donne les résultats: en 2003-2004, il y a 74 candidates qui ont été recrutées; en 2004-2005, 82; en 2005-2006, 78; et en 2006-2007, 90. Donc, on voit qu'on a toujours accès à un bassin de candidates de ce côté-là.

On a également, avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports, amené un financement permanent pour les formations prescrites par un ordre professionnel au niveau cégep. Si l'Ordre des infirmières demande que la personne aille parfaire sa formation dans un cégep, ça a permis d'augmenter à quatre groupes par année la formation des infirmières hors Québec, 96 infirmières-années pour le programme spécial du cégep du Vieux-Montréal. Alors, du 1er avril 2006 au 31 mars 2007, il y a 74 infirmières hors Québec qui ont pu suivre la formation au cégep du Vieux-Montréal. Et, du côté anglophone, le collège John-Abbott également fait la même chose.

**Mme Thériault:** À ce moment-là, c'est le gouvernement du Québec qui assume les frais de formation puisqu'il y a prescription par l'ordre professionnel.

**M. Couillard:** Voilà, c'est ça, exactement. À ça s'ajoute la question...

**Mme Thériault:** Donc, elles n'ont pas à payer les frais.

**M. Couillard:** Non, exactement. Et à ça s'ajoute la question de l'examen de français dont il a été question récemment, sur laquelle on est en communication avec nos collègues responsables de l'application de la Charte de la langue française. Il n'y a bien sûr pas de compromis à faire. Les infirmières doivent être capables de parler à leurs patients puis de les comprendre. La majorité des

patients au Québec sont francophones. Et là-dessus on a obtenu des aménagements en termes d'assouplissement des calendriers d'examen de reprise, etc., pour donner le maximum de chances aux candidates, qui, en passant, à plus de 95 %, réussissent l'examen.

**Mme Thériault:** Les infirmières, c'est 95 %?

**M. Couillard:** ...plus élevé, le taux de réussite, soit à la première tentative, soit à la première reprise. C'est très rare qu'on arrive à des situations comme celles qui ont été médiatisées récemment, où quelqu'un est rendu à sa troisième tentative en ayant échoué.

**Le Président (M. Kelley):** Une dernière question.

### **Stratégie de renouvellement du personnel professionnel du domaine de la santé**

**Mme Thériault:** Est-ce que, dans vos plans d'effectifs de la santé, vous avez pris en considération peut-être d'ouvrir à d'autres professions médicales pour être capable de renouveler les effectifs au niveau de la Santé, du ministère? Vous avez des plans qui sont là. Est-ce qu'il y a quelque chose de particulier pour les médecins diplômés, ou les infirmières, ou une autre profession du domaine de la santé?

**M. Couillard:** Alors, je pense que nous traitons les médecins séparément, mais, pour les autres professionnels de la santé, le ministère de l'Immigration a procédé, vous le savez très bien parce que je pense que vous étiez au coeur de ces travaux-là, à une nouvelle grille de pointage pour la sélection des immigrants, et on a ajouté, en collaborant ensemble, des points pour justement les professions de la santé. Donc, il fallait être cohérent. On ne pouvait pas dire qu'on manque de professionnels de la santé puis ne pas leur donner un pointage d'accueil.

Cependant, à ça s'ajoutent toutes les démarches des ordres professionnels. Et ce qui est souvent difficile pour les personnes qui immigreront chez nous, et Dieu sait qu'on a besoin d'immigration au Québec, c'est qu'elles ont l'impression que c'est comme chez elles. Dans la plupart des pays, même avec les systèmes de santé modernes comme le nôtre, ce sont les gouvernements qui donnent les permis de pratique, pas des ordres professionnels indépendants, alors qu'en Amérique du Nord et au Canada c'est l'Ordre des infirmières. Il y a des endroits où c'est le gouvernement, le ministre de la Santé, c'est lui qui donne des permis de pratique. Alors, ils s'attendent que, parce que le gouvernement accueille les gens dans le pays... Ils sont mal informés souvent. Je pense qu'il faut mieux les informer des démarches à suivre lorsqu'ils viennent chez nous. Ils s'attendent que l'attribution d'un permis de pratique est automatique parce qu'on a été accepté comme immigrant, ce qui n'est pas le cas. Il faut satisfaire aux prérequis de l'ordre professionnel, qui est un organisme indépendant à distance du gouvernement.

**Mme Thériault:** Merci, M. le ministre.

**Le Président (M. Kelley):** Ça va, Mme la députée? Alors, il nous reste une vingtaine de minutes. Soit prendre le temps au complet, et, M. le député de Marie-Victorin,

vous pouvez lancer la balle à 20 heures, ou diviser ça en deux. C'est quoi, la préférence?

**M. Drainville:** ...

● (17 h 40) ●

**Le Président (M. Kelley):** Bien. On va faire deux courts blocs de 10 minutes. C'est à vous la parole, M. le député de La Prairie... La Pinière... La Peltrie. Ça va venir, éventuellement. Temps pour une pause.

### **Plan d'action visant à combler la pénurie d'effectif dans les services préhospitaliers**

**M. Caire:** Je vous comprends, M. le Président. Oui, M. le Président, je veux revenir sur les services préhospitaliers parce qu'il y a quelques questions qui sont restées en suspens, notamment sur la pénurie des effectifs.

Est-ce que le ministre est conscient, là, qu'il y a vraiment une pénurie? Est-ce que ça a été évalué? Est-ce qu'il y a un plan à court terme pour s'assurer de combler cette pénurie-là pour les services préhospitaliers?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Oui, il existe une stratégie là-dessus puis qui fait appel notamment à l'extension des plateaux de formation collégiale. Alors, on revient à la question du collègue. Mais, au-delà de la formation des gens, c'est la rétention des gens dans le milieu des ambulanciers, des ambulances qui est importante. Ce qu'on constate dans des milieux comme Urgences-Santé et d'autres, c'est que les gens ne restent pas; ils commencent à travailler, puis ils quittent. Alors, au-delà de la formation et de la multiplication des campus de formation, il faut envisager le rehaussement des conditions de travail et créer des conditions de rétention.

Deux secondes, M. le Président, on va me donner une information.

Alors, je peux donner une information très utile, je crois, aux collègues. Selon les données dont on dispose, puis qui seront, en passant, bonifiées par le comité Gauthier dont je parlais tantôt, il y a des besoins réels actuellement de 91 techniciens ambulanciers au Québec, dont 80 sont en formation. Alors, on a un petit déficit, on le voit, de 11, là, d'où, je pense, la justification d'ajouter à la formation actuelle d'autres milieux. Je sais qu'il y a beaucoup d'intérêt actuellement dans les cégeps québécois pour s'ajouter à la liste du cégep Sainte-Foy et Ahuntsic. J'ai senti le message tantôt du député pour sa circonscription. Bien, on verra quelles sont les décisions qui seront prises. On a la liste des effectifs requis selon les endroits, et bien sûr tout ça va être bonifié par le comité, là, qui est à l'oeuvre actuellement, qui va également parler des horaires de travail. Parce qu'il n'y a pas juste le nombre de personnes, il y a comment l'horaire de travail est organisé qui a un impact important.

### **Intentions concernant la bonification des conditions de travail dans les services préhospitaliers**

**M. Caire:** Oui. M. le Président, le ministre a touché un point qui est assez sensible, que je voulais

aborder. Il y a effectivement un problème de roulement de personnel parce que des conditions de travail difficiles, la pénurie de personnel, le stress inhérent à la pratique du métier de paramédic, des conditions salariales difficiles amènent dans ce milieu-là, M. le Président, un problème important au niveau du burnout, des employés qui, bon, tombent sur la CSST, des retraits préventifs. Ça touche à peu près 35 % des effectifs, notamment ici la CTAQ, à Québec, qui vit ce problème-là de façon particulière. Considérant ce que le ministre vient de dire, à quoi on peut s'attendre quand on parle de la bonification des conditions de travail? Dans le concret, ça veut dire quoi exactement?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, je peux parler des conditions quant aux horaires de fonctionnement, mais en région. En ce qui a trait aux échelles salariales, on comprendra qu'on doit être discret, là. On aura des négociations éventuellement avec les syndicats également pour l'organisation du travail. Mais, pour les horaires de travail en région, qui soulèvent beaucoup d'insatisfaction, on l'a vu au cours des derniers mois, des dernières années, on croit que le comité Gauthier va nous faire une recommandation de déployer, là également, des projets pilotes dans plusieurs endroits pour changer la façon dont on aménage les horaires.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

#### **Mise à niveau des équipements des services ambulanciers de la région de Québec**

**M. Caire:** Ma question, M. le Président, visait essentiellement à connaître le niveau de sensibilité du ministre par rapport à des situations qui sont particulièrement pénibles et qui ne touchent pas strictement la question salariale. C'est sûr que, oui, la question salariale est au coeur ou est un élément important, pardon, de cette reconnaissance-là du travail, mais avoir des effectifs qui répondent aux normes, avoir des véhicules adaptés...

Et par extension je profite de l'occasion pour revenir sur quelque chose que le ministre a avancé, notamment sur le fait que les véhicules ambulanciers étaient équipés de GPS. C'est vrai, si on considère le service préhospitalier d'Urgences-Santé. Si on considère le service de la CTAQ, donc le service qui couvre Québec, Charlevoix, puis ça va presque jusqu'à Trois-Rivières, ce n'est pas le cas. Ces véhicules-là ne sont pas équipés de la même façon. Donc, il y a comme un espèce de débalancement, là, dans le niveau de service qu'on donne. Est-ce que le ministre est conscient de ça?

Et je repose ma question: Dans ces circonstances-là, de pénurie de main-d'oeuvre, d'équipements qui ne répondent pas aux normes ou qui n'ont pas été normés ou normalisés, pardon, au niveau de toute la province, conditions salariales, est-ce que le ministre a une sensibilité particulière à ça? Et est-ce que, dans son plan de bonification, il va tenir compte de tous ces éléments-là?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Tout à fait. Pour les GPS dans la région de Québec, on m'apporte la précision suivante:

ils sont autorisés. Les négociations se terminent avec l'agence régionale pour l'aspect financier, donc ils ne sont pas disponibles actuellement dans les véhicules, mais ils vont l'être prochainement. Le principe est acquis. Pour le reste des éléments, on y est très sensible, bien sûr. On va faire autant d'efforts avec les techniciens ambulanciers qu'on en fait avec les infirmières.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** M. le Président, pour mon information, comment se fait-il qu'on est rendu à la troisième génération de GPS pour les véhicules d'Urgences-Santé, alors que les véhicules à Québec n'en possèdent pas, là? Ça, il y a quelque chose que je ne comprends pas là-dedans.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, évidemment, il y a les années qui échappent à mon contrôle, là. Je suis là depuis longtemps, mais pas à ce point-là. Mais, écoutez, cette question a commencé à parvenir à mes oreilles il y a à peu près un an, là. Avant ça, personne ne m'a jamais parlé de GPS à Québec. Alors, dès que j'en ai entendu parler, là, de plusieurs sources, j'ai dit: Oui, c'est une bonne idée, puis on devrait donner le feu vert à ça.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Caire:** M. le Président, je porte la question à l'attention du ministre. C'est une réalité. On est rendu à la troisième génération des véhicules d'Urgences-Santé, alors qu'à Québec la CTAQ n'en est pas munie. Et je veux profiter aussi de l'occasion pour sensibiliser le ministre au fait que la CTAQ ne couvre pas strictement la ville de Québec, là. Quand je dis qu'on va de Charlevoix à Portneuf, c'est immense, le territoire. Et, dans ces circonstances-là, un outil comme le GPS est essentiel parce qu'on comprend que, dans le cas des paramédics, il n'est pas question de perdre ne serait-ce qu'une minute à chercher sur une carte puis à faire un tracé, dire: Tourne à gauche, va à droite, la troisième lumière... Ça ne peut pas fonctionner comme ça, là. Donc, il y a un déséquilibre auquel je souhaite sensibiliser le ministre, puis je suis conscient que... ou j'espère en tout cas qu'il va profiter de l'occasion pour corriger la situation assez rapidement.

#### **Analyse coût-efficacité des services de premiers répondants**

Je voulais, puisque le temps file... Le premier... — pas encore le premier ministre! — le ministre de la Santé, pardon, a dit tout à l'heure qu'il avait une vision favorable des pompiers comme premiers répondants. Je sais qu'à Montréal c'est quelque chose qui se met en place de plus en plus. C'est pratiquement établi.

Est-ce que ça a été évalué, le fait que ce soient les pompiers qui soient premiers répondants, sur les coûts engendrés versus l'efficacité que ça amène au niveau du service? Parce qu'on sait que, bon, les véhicules de pompiers, M. le Président, là, il y en a de tout acabit — ça va du véhicule 4x4 au véhicule-pompe, la grande échelle — et, quand un véhicule n'est pas disponible, bien on prend

celui qui est disponible. Donc, les coûts qui sont reliés à ces interventions-là peuvent varier, alors que le service ambulancier comme premier répondant amène un coût qui est quand même assez stable, assez fixe, assez prévisible, là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, là-dessus, amicalement, notre collègue, je pense qu'il reflète les propos que j'ai entendus également des techniciens ambulanciers, mais à mon avis ce n'est pas la bonne façon de voir les choses. Quand, par exemple, les techniciens ambulanciers de Montréal, que j'ai rencontrés, étaient fâchés, disons-le, du fait qu'on ait annoncé les premiers répondants à Montréal, c'est parce qu'ils pensaient qu'on avait décidé que les premiers répondants, c'était à la place des techniciens ambulanciers. Or, ce n'est pas le cas du tout. Il n'y a aucun système préhospitalier au monde qui est capable d'assurer la présence en dedans de quatre, cinq minutes d'un événement aigu. Les temps de réponse, là, puis Dieu sait qu'on travaille pour les améliorer, ne seront jamais à ce niveau-là, là, à moins de cas exceptionnels. Donc, il faut avoir un autre réseau qui intervient rapidement avant la présence du technicien ambulancier, qui va même lui faciliter la tâche parce que, quand le technicien ambulancier va arriver, si le premier répondant est intervenu, il y aura déjà des gestes qui auront été posés puis qui auront un impact sur la survie des gens.

Je signale, en passant, au collègue qu'il y a une étude qui a montré que le taux de survie des gens qui sont victimes d'un arrêt cardiaque sur la voie publique n'est pas du tout en relation avec la proximité des services ambulanciers, mais avec la présence à proximité d'une personne capable d'exécuter les manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire et/ou d'un défibrillateur avec quelqu'un qui sait comment s'en servir. Alors, c'est un autre élément de la chaîne préhospitalière, qui ne remplace pas les techniciens ambulanciers.

● (17 h 50) ●

Maintenant, si la ville de Québec et la région, la ville de Québec d'abord, puis les régions rurales également, je suppose, comme Portneuf et Charlevoix, décident de mettre de l'avant un projet de premier répondant, ce n'est pas obligatoirement avec les pompiers. Il y a d'autres façons de le faire, également. C'est pratique avec les pompiers parce qu'il y a un réseau de casernes qui est bien distribué sur le territoire puis qui permet aux gens d'intervenir rapidement. Puis c'est des gens qui ont déjà une formation préalable de secourisme qu'on peut bonifier de façon assez rapide. Et on a fait les investissements pour ça à Montréal, pour la formation, et ça va s'étendre sur toute l'île de Montréal d'ici la fin 2009... 2008, 2009. Alors, si la région de Québec veut pousser de l'avant ce projet-là, tant mieux, il va être bien accueilli. Ma perception, c'est qu'à date ça ne l'a pas été parce que les techniciens ambulanciers y voyaient une compétition malsaine, alors que ce n'est pas du tout comme ça qu'il faut le voir. C'est quelque chose qui est là en appoint et en soutien des techniciens ambulanciers. Parce que la chaîne d'intervention préhospitalière, ce n'est pas uniquement les techniciens ambulanciers. Ça peut être le passant entraîné qui fait une manoeuvre de réanimation cardiorespiratoire, le premier répondant, le technicien ambulancier, puis finalement le milieu hospitalier.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Marie-Victorin pour les dernières minutes qu'il nous reste.

### Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine (suite)

#### Scénario envisagé en cas de sous-financement par les fondations

**M. Drainville:** Oui. Il nous reste trois questions, M. le ministre, sur les mégahôpitaux, alors j'espère pouvoir non seulement les poser, mais obtenir les réponses dans les 10 minutes qu'il nous reste.

Les fondations. Bon, est-ce que vous avez envisagé que les fondations ne puissent pas atteindre les objectifs de financement que vous vous êtes donnés, c'est-à-dire 577 millions de dollars de financement pour les fondations dans le cadre des trois projets? Et, si effectivement vous l'avez envisagée, la possibilité qu'elles n'atteignent pas leurs objectifs, qu'est-ce qui se passerait à ce moment-là? Est-ce que ce serait le gouvernement du Québec qui serait appelé à compenser?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Oui. Merci pour la question. La levée de fonds de l'Hôpital Sainte-Justine est quasi terminée, et ils ont atteint leur objectif. Celle de l'Université McGill et de son hôpital également est très avancée. Il y a un certain retard dans la levée de fonds du côté du CHUM. Je crois que la levée de l'incertitude quant au projet lui-même et à son site va avoir un effet, un impact positif.

C'est certain, M. le Président, que le député de Marie-Victorin a raison. S'il fallait par malheur que le CHUM, par exemple, ne réussisse pas à atteindre son objectif de levée de fonds, il va falloir que le contribuable remplisse l'intervalle. Mais ce serait à mon avis surprenant et presque honteux. On a là un projet de revitalisation du centre-ville de notre métropole qui est majeur. Je sais qu'il y a eu des tensions autour du site. Ces tensions-là sont derrière nous. Il faut aller de l'avant, et je trouverais très surprenant et même très décevant pour la population que le milieu des affaires, surtout le milieu des affaires francophone du Québec, qui nous accompagne tellement partout au Québec, sur toutes sortes de projets, ne soit pas également un acteur de premier plan dans le plus gros projet de développement du centre-ville de Montréal, la partie est du centre-ville de Montréal, qu'on ait vu depuis longtemps. Je suis convaincu qu'ils vont être au rendez-vous.

J'ai parlé aux gens du CHUM de leur fondation. Ils font beaucoup d'efforts actuellement pour rallier tout le monde autour de cette campagne de financement là. Plutôt que d'envisager des scénarios négatifs, j'aime autant conserver la certitude que les gens vont être au rendez-vous et ils vont contribuer parce qu'en termes de retombées, en termes de développement du centre-ville de Montréal, c'est quelque chose qui est absolument... c'est absolument considérable.

D'autre part, il n'y a pas de retard actuellement parce qu'on ne s'est jamais attendu à ce que les fondations terminent leurs levées de fonds, surtout pour les deux grands hôpitaux, dès 2008 ou 2009. C'est comme pour les fonds

fédéraux. Les dons peuvent se faire sur plusieurs années, mais l'important, c'est d'avoir, lors de la complétion des travaux, recueilli les sommes suffisantes.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Mais vous confirmez, M. le ministre, que, si jamais par malheur — je suis d'accord avec vous; par malheur — la fondation du CHUM n'arrivait pas à atteindre son objectif, ce serait aux contribuables québécois de compenser pour la différence.

**M. Couillard:** ...on n'arrêtera pas les travaux, tu sais. On va être rendu, à ce moment-là, au début des travaux ou même au milieu des travaux. On n'arrêtera pas les travaux pour ça. Mais encore une fois cette éventualité serait si triste et si malheureuse pour le Québec que je me répugne beaucoup à l'envisager. Je demeure convaincu que les gens vont être au rendez-vous et vont se rallier autour de ce projet extraordinaire pour le centre-ville de Montréal.

**M. Drainville:** Est-ce qu'il existe... Merci, M. le Président. Je vous devance un peu...

**Le Président (M. Kelley):** Continuez, continuez.

#### **Entente concernant la complémentarité des spécialités et des surspécialités**

**M. Drainville:** Est-ce que le ministre peut nous dire s'il y a une entente entre le CHUM et CUSM relativement à la complémentarité des spécialités et des surspécialités?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Il y a une entente pour la recherche. C'est important de le mentionner parce qu'il y a un protocole d'entente qui a été conclu pour la recherche, la complémentarité dans la recherche. Il y a également une entente sur la complémentarité des systèmes de gestion informatiques particulièrement et d'autres services auxiliaires à venir.

Pour ce qui est des services médicaux, bon, il y a des progrès qui ont été observés au cours des derniers mois. On se souvient du comité Baron, les discussions qui ont eu lieu et qui ont été difficiles parce qu'il y a énormément, je dirais, de fierté puis d'identité qui se mêle à ça. Il n'a jamais été question pour nous de fermer des services — et c'est ça qui a amené d'après moi la discussion dans une mauvaise direction; il n'a jamais été question pour nous de fermer — un service ou un département dans un endroit et de ne le concentrer qu'à l'autre endroit, mais de demander aux médecins — et il y a encore du travail à faire au cours des prochaines années — de considérer que, pour certaines activités de pointe, on sera beaucoup plus forts à Montréal, par rapport au reste du monde, si on s'unit pour créer des masses critiques.

L'exemple que je donne... Et je suis déçu que ça ne se soit pas produit. Je ne lance pas la serviette, on verra comment tout ça va évoluer. Mais prenons la chirurgie cardiaque pédiatrique. Tant qu'on a deux milieux qui en

font, quelques cas chacun, on n'aura jamais d'unité, à Montréal, unie, qui est capable d'entrer en compétition, dans le bon sens du terme, avec les plus grands centres internationaux.

Maintenant, il y a du travail qui se fait également — puis je voudrais attirer l'attention du député là-dessus — sur ce qu'on appelle la complémentarité à l'intérieur des réseaux universitaires intégrés de santé. Et là-dessus l'Université de Montréal a fait un travail superbe par son doyen, le Dr Rouleau, pour attribuer des missions spécifiques aux différentes composantes de ce qu'on appelle le RUIS ou le réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal, notamment dans le domaine de l'hématologie, du cancer et de la traumatologie. Là-dessus, il y a beaucoup de progrès qui a été fait à l'Université de Montréal, à McGill également, maintenant, et ça a été d'ailleurs l'occasion, à l'occasion de l'approbation des programmes fonctionnels et techniques et des plans cliniques, de le faire. On prend conscience du fait — puis on le fait de façon très concrète — qu'il faut déplacer une partie des activités de base vers des autres établissements, comme l'Hôpital de Lachine, dont on a parlé récemment, comme le Lakeshore, comme les établissements qui sont sous leur responsabilité en région, parce que ce n'est pas vrai que tout le monde a besoin de venir à l'hôpital universitaire pour être opéré ou être traité. Ce n'est plus comme c'était il y a 20 ou 25 ans. Il y a un réseau qui se transforme, il y a des régions qui vont devenir de plus en plus autonomes, et il faut prendre conscience de ça.

Alors, voilà en gros l'état des lieux. On n'est pas du tout découragé. On pense qu'il y a des progrès. Les conversations vont continuer au cours des prochaines années, mais il faut bien cibler les domaines dans lesquels on veut mettre des efforts. Je pense que, dans le domaine de la transplantation, par exemple, on a intérêt à unir nos forces. Dans le domaine des chirurgies très spécialisées, pédiatriques, dont je parlais tantôt... En passant, il y a déjà une complémentarité qui s'est faite pour la greffe de moelle osseuse chez l'enfant. Le gros des activités sont déjà centralisées à Sainte-Justine. Le problème qu'on a avec ça, c'est que tout le monde est d'accord pour faire de la complémentarité et de l'union, mais chez soi, pas chez l'autre. Et puis rapidement les populations deviennent mobilisées autour de ça, puis ça crée des enjeux politiques qui dépassent de beaucoup les enjeux de santé et ça rend la situation difficile. Mais je pense que la façon de réussir, c'est de le répéter puis de revenir toujours avec cette notion de valeur ajoutée.

#### **Scénario d'élimination d'un mégahôpital en raison de l'explosion des coûts**

**M. Drainville:** Dernière question, M. le ministre. Est-ce que vous pourriez envisager un seul mégahôpital au lieu de deux comme c'est prévu présentement, si les coûts venaient à exploser?

**M. Couillard:** Non. Non, on a besoin de deux hôpitaux universitaires neufs à Montréal. D'abord, parce qu'il n'y a pas d'alternative véritable. On a deux facultés de médecine à Montréal. C'est une source de fierté et d'enrichissement collectif. Personne ne se plaint ailleurs en Amérique du Nord lorsqu'il y a plus qu'une faculté de médecine puis il y a plus qu'un hôpital

universitaire. Il y en a, à Boston, trois ou quatre, minimum, hôpitaux universitaires. Ça ne crée pas de problème. On a besoin de ces deux institutions. Et l'alternative, ce n'est pas soit faire rien ou les hôpitaux. Parce que, si par malheur on avait décidé de ne pas faire les hôpitaux universitaires, il aurait fallu s'engager dans des vastes programmes de rénovation interminables, sur 20 ans, là, des deux installations, autant le Royal Vic que l'Hôpital général, que l'Hôtel-Dieu, que...

**M. Drainville:** Nous en avons les moyens, M. le ministre? Nous en avons les moyens, d'en avoir deux?

**M. Couillard:** On n'a pas le choix de ne pas en avoir les moyens. C'est pour ça qu'on doit le faire de façon rigoureuse. On va payer le juste prix. On va s'assurer que ça correspond aux standards internationaux. Mais on en a besoin non seulement pour les soins de santé, on en a besoin pour le développement économique du Québec. Parce que des grands hôpitaux universitaires, ça mène à des retombées énormes en termes de richesse, d'innovation, de la nouvelle technologie, de l'économie du savoir. Et on ne peut pas se permettre de ne pas avoir deux hôpitaux universitaires à Montréal. Pour moi, ce n'est même pas une question difficile. Oui, on a besoin de ces deux hôpitaux-là, on a besoin de les faire correctement, à la hauteur de nos moyens.

Et, lorsqu'on envisage un investissement sur 50 ans, je pense qu'on doit avoir une échelle différente que lorsqu'on envisage un investissement pour cinq ans ou pour 10 ans. Et l'alternative à ça, en passant, c'est encore une fois des coûts peut-être pas aussi élevés, mais presque aussi élevés. Parce que, si on engageait le Royal... Êtes-vous allé au Royal Victoria récemment, à Montréal? C'est un hôpital très vétuste. Il faut s'engager sur 20 ans de travaux ininterrompus, puis on arrive rapidement au milliard, là, de renouveau total des murs, des plafonds pour les systèmes informatiques, le renouveau des systèmes électriques. On n'y arrivera pas. Et ça va donner des lieux de pratique et de formation désuets chroniquement.

Alors, moi, je pense qu'il faut réaffirmer, comme Assemblée nationale ici, les trois partis, que, oui, on veut avoir nos hôpitaux universitaires. On en a besoin pour le Québec puis les Québécois, puis on va le faire de façon rigoureuse. Puis ça nécessite des questions, comme a fait le député tantôt sur la question des coûts puis la planification des projets, qui sont très légitimes. On va le faire correctement, mais on va le faire en réaffirmant ce besoin-là pour le Québec.

**Le Président (M. Kelley):** Sur ça, merci beaucoup, M. le ministre. On va suspendre nos travaux jusqu'à 20 heures. La salle ici va être barrée, alors on peut laisser nos documents sur la table, et on va revenir ici, à 20 heures. Alors, je suspends nos travaux à 20 heures.

*(Suspension de la séance à 18 heures)*

*(Reprise à 20 h 5)*

**Le Président (M. Kelley):** Mesdames et messieurs, s'il vous plaît. Mesdames et messieurs, si on

peut prendre place, s'il vous plaît. Alors, on va continuer nos discussions sur les programmes santé des crédits 2007-2008 du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Je vais faire juste un rappel. Après les discussions aujourd'hui, les enveloppes qui restent: pour le parti ministériel, il reste environ 3 h 39 min de droit de parole; pour l'opposition officielle, 3 h 23 min; et pour le deuxième parti d'opposition, 3 h 2 min.

Alors, on va continuer à regarder ça de près, on va commencer avec un bloc de 10 minutes à ma droite, pour compléter la dernière rotation, après ça on va continuer. D'un commun accord, on va prendre une pause d'exactement 10 minutes vers 22 heures, parce que, je pense, quatre heures de suite, je pense qu'il y a des règles syndicales contre ça.

Alors, sans plus tarder, je suis prêt à céder la parole au député de Laurier-Dorion pour lancer un bloc de 10 minutes. La parole est à vous, M. le député.

### **Bilan du système de surveillance des infections nosocomiales**

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. M. le Président, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, le système de surveillance sur le Clostridium difficile a été mis en place par l'Institut national de santé publique du Québec. Ce système de surveillance, ça permet de suivre l'évolution des infections au C. difficile dans, je pense, 93 centres hospitaliers au Québec, et ce, depuis la fin du mois d'août 2004. Il est estimé qu'environ 10 % de la clientèle admise dans les hôpitaux de soins de courte durée développe un tel type d'infection nosocomiale et dont le taux de mortalité varie entre 1 % et 10 %, selon le type d'infection. Le coût de ces infections est estimé à environ 180 millions de dollars par année. Un tiers de ces infections serait évitable. M. le Président. Une réduction de 30 % des infections nosocomiales permet d'épargner au Québec au-delà de 40 millions de dollars annuellement.

Les anciens gouvernements péquistes n'ont jamais fait de surveillance ou de la publication des données en matière d'infections nosocomiales afin qu'on puisse suivre la progression et aviser la population pour qu'ils puissent se protéger. Depuis la mise en place du système de surveillance, les taux d'incidence de l'infection à C. difficile ont diminué au Québec. M. le Président, si on les compare à la période épidémique. Toutefois, il y a encore de la fluctuation dans certains centres. Mentionnons ici que c'est surtout les personnes âgées hospitalisées qui présentent plusieurs problèmes de santé et ayant pris des antibiotiques qui sont plus à risque d'être infectées par cette bactérie lors de leur séjour à l'hôpital.

De plus, M. le Président, le Québec est un des seuls endroits au monde d'abord qui rend publiques ses données de surveillance des infections nosocomiales afin d'informer le public et assurer une transparence, et le gouvernement québécois a été le gouvernement qui a mis en place un plan d'action afin de prévenir et contrôler ce type d'infection là.

J'aimerais entendre le ministre sur ce qui a été fait à ce niveau-là et quels sont les résultats depuis la mise en place de ce système de surveillance.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, merci. Il faut d'abord mettre le problème des infections nosocomiales dans son contexte, qui est celui d'un défi mondial qui touche tous les systèmes de santé modernes dans lesquels le perfectionnement des soins, paradoxalement, donne lieu à ce genre d'épisode là. Autre que les autres causes connues, il y a le fait qu'on traite de plus en plus de gens affaiblis avec des antibiotiques de plus en plus puissants, donc visent à... ont comme effet d'entraîner la prolifération de ces germes résistants, mis à part également les problèmes et les pratiques d'hygiène personnelle du personnel, tels le lavage des mains et le contrôle des antibiotiques.

Lorsqu'on dit que c'est un problème international, il y a de nombreuses évidences pour cela. En fait, au moment où la crise frappait le Québec en 2003-2004, au même moment le taux en Grande-Bretagne était de plusieurs fois plus élevé que le taux québécois. J'ai ici, devant moi, un rapport d'Écosse qui en donne un exemple où le nombre de cas totaux pour l'Écosse, entre 1996 et 2005, est passé de 1 000 à 5 000, en fait une multiplication par cinq du nombre de cas de *Clostridium difficile*, et ça ne tient pas compte des autres types d'infections nosocomiales qui se sont également répandues partout dans le monde.

● (20 h 10) ●

À cela s'est ajoutée l'apparition d'une souche très virulente de la bactérie, qui est apparue dans le nord-est des États-Unis, puis au Québec, puis également dans d'autres parties d'Amérique du Nord, mais qui est restée concentrée dans le nord-est du continent nord-américain, qui accroît le nombre de complications, notamment des complications graves et même des décès associés au *Clostridium difficile*.

Au Canada également, il y a d'autres provinces qui ont été frappées, à de moindres degrés que le Québec, comme l'Alberta. Il y a eu des éclosions à Calgary, il y a deux ou trois ans, au même moment où on avait la crise chez nous. L'Ontario récemment, outre le *C. difficile*, a eu des problèmes majeurs d'infections nosocomiales dans des unités pédiatriques. Au moment où on avait l'enquête du coroner sur l'hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, il y avait une enquête du coroner similaire à Sault Ste. Marie, en Ontario, avec le même nombre de décès et le même genre de circonstances.

Tout ça pour dire que c'est un problème qui est très important, qui ne disparaîtra pas et qui fait partie du paysage des systèmes de santé internationaux pour les prochaines années. Il faut donc maintenir un état de vigilance persistant, permanent et être prêt à de nouvelles menaces, parce qu'il y a des types de bactéries qu'on connaît, mais on ne connaît pas encore la bactérie, dans cinq ans, six ans, trois ans, qui va apparaître et qui va devenir très résistante et nous menacer.

La bonne nouvelle, c'est que les précautions de prévention et de lutte sont les mêmes pour l'ensemble des cas de l'infection nosocomiale, et, aussi curieux que ça puisse paraître, le lavage des mains demeure la précaution la plus universelle, la plus utile. Malheureusement, on sait que la... comment on dit — le terme en anglais se traduit mal en français, la «compliance» — mais le fait de faire le lavage des mains, suivre les règles est relativement peu suivi par le personnel hospitalier. Il y a de nombreuses études qui le montrent, où les gens sont surveillés, un peu à leur insu, pour voir s'ils se lavent les mains entre chaque contact avec les patients. Je dirais que là-dedans, en général, les études montrent que les

infirmières sont les plus assidues à suivre les règles et que paradoxalement, et c'est ce qui est démontré dans toutes les études, les médecins sont souvent les moins fidèles devant les instructions de lavage des mains.

Il y a également la question des locaux, il ne faut pas la balayer, elle existe également, l'entretien ménager des locaux, et également la question de l'usage des antibiotiques.

Alors, lorsqu'on a été frappés par l'épidémie majeure en 2003-2004, une des premières actions qui a été mise en place... D'abord, le réseau s'était ressaisi immédiatement, ce qui fait que les taux avaient commencé à baisser. Mais on a voulu se doter d'un instrument qui est un instrument unique, effectivement, de mesure presque en temps réel du phénomène. Il n'existe pas d'autre juridiction... Il y a un État américain, je pense, l'Ohio, puis encore le programme n'est pas toujours, là... pas tout à fait le même que celui du Québec, où on fait cette surveillance-là. Ailleurs, ça n'existe pas. D'ailleurs, on a vu récemment que des provinces canadiennes ont demandé, dans des débats locaux, à leurs gouvernements respectifs de se doter du même programme que le programme québécois.

Alors, on a mis en place un programme qui a été mis sur pied — d'ailleurs, il faut leur rendre hommage pour ça — par l'Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Laboratoire de santé publique, le laboratoire des établissements de santé où chaque analyse positive de *Clostridium difficile* est rapportée lorsqu'elle s'accompagne de manifestations cliniques. C'est important de le mentionner parce qu'on peut être porteur ici, dans cette salle, du *C. difficile*, n'avoir aucun symptôme. C'est lorsqu'on prend les antibiotiques puis on est affaibli que le reste de la flore se trouve à être éliminée, puis là le *C. difficile* devient virulent. Lorsqu'on a donc conjonction d'une analyse positive et d'une manifestation clinique, le cas est déclaré.

Ça prend environ trois mois pour valider tous les tests. Donc, sur le site Internet, on a une mise à jour à peu près aux trois mois, mais des équipes de santé publique suivent les résultats, même non validés, à mesure qu'ils se présentent, ce qui leur permet maintenant d'intervenir plus précocement lors des éclosions dans les différents hôpitaux. Et c'est certain que ces éclosions vont continuer à se produire, il y en aura régulièrement. Ce qu'on demande aux équipes de santé publique et aux établissements, c'est de les dépister précocement et d'intervenir immédiatement lorsqu'ils en notent une, et, jusqu'à maintenant, j'ai été assez content de voir que les établissements de santé sont intervenus rapidement, et ils ont également communiqué à la population quel était l'état des lieux et ils ont pu réagir et en général freiner les phénomènes.

On a étendu également ce programme de surveillance à d'autres types d'infections. Les gens pourraient se demander, qui nous écoutent, pourquoi on a limité le programme à 93 centres hospitaliers. C'est parce que ces hôpitaux ensemble traitent 90 % de la clientèle de soins aigus au Québec. Le reste, on a des petits établissements qui ne sont pas véritablement, en général, équipés de laboratoires. Alors, on a par la suite, donc, étendu le programme de surveillance à trois autres... en fait quatre autres situations: les infections sur les cathéters, vous savez, dans les soins intensifs, les gens ont des cathéters dans les veines du thorax, et ces cathéters-là peuvent

s'infecter, on mesure ça; également, ce qu'on appelle le SARM, une infection qui est connue maintenant par la population en général parce qu'elle se produit même dans la communauté, qui est le staphylocoque résistant; et une nouvelle autre bactérie qui est l'entérocoque résistant. Donc, on a trois ou quatre situations infectieuses qui sont monitorées actuellement, et il est probable qu'il va falloir en ajouter avec les années, compte tenu des nouveaux défis qui vont se présenter.

Parallèlement au programme de surveillance, le plan d'action a été élaboré avec les experts microbiologistes du Québec, avec les experts de santé publique, les autorités hospitalières, et on a réussi, suite au rapport Aucoin également, à faire une sorte de consensus général sur la façon dont il fallait s'y prendre pour lutter contre ce phénomène à long terme, non seulement le *C. difficile*, mais l'ensemble des infections nosocomiales, avec en tête les éléments que vous avez mentionnés, notamment le coût de ces infections-là.

Ce qui m'a amené à rappeler plusieurs fois aux établissements que c'est beaucoup moins coûteux de faire la prévention d'infections nosocomiales que de les traiter. Donc, il n'y a pas de problème budgétaire réel associé à ça, puisqu'il en coûte très cher actuellement aux établissements d'isoler les malades, d'avoir du personnel spécifique pour eux et que c'est beaucoup moins cher de faire des programmes de prévention qui sont simples: le lavage des mains, désinfection des locaux, installation de lavabos pour les patients. On se souviendra qu'à l'époque on avait débloqué 20 millions de crédits pour tout de suite améliorer certaines installations, notamment les installations sanitaires.

On était également intervenus sur le nombre d'infirmières en prévention d'infection, où on a suivi les recommandations des microbiologistes québécois pour avoir des ratios — mauvais terme français — ou des taux d'infirmières en prévention d'infection selon le nombre de lits et selon le type d'établissement. Alors, on a atteint le taux de une infirmière en prévention d'infection pour 133 lits dans les hôpitaux de soins aigus. On a atteint également celui plus élevé de un par 100 lits dans les hôpitaux universitaires. Le taux qu'il nous reste à atteindre, et on se donne jusqu'à 2009 pour y parvenir, parce que c'est un peu plus compliqué de le faire, c'est une infirmière par 250 lits dans les milieux d'hébergement. Parce qu'il faut réaliser que les personnes dans les milieux d'hébergement sont souvent des personnes qui ont séjourné en milieu hospitalier de soins aigus et qui sont par la suite transférées en hôpital de soins prolongés, ou qu'ils sont là et qu'ils vont faire un séjour dans un hôpital de soins aigus, pour revenir par la suite à leur institution de soins prolongés. Il faut donc s'assurer qu'on prend des précautions également à cet endroit-là.

On a mis en place, grâce au Conseil des médicaments, des lignes directrices pour l'utilisation des antibiotiques, d'abord sur une base ambulatoire et ensuite dans les hôpitaux, pour que, les antibiotiques, on mesure bien la façon dont ils sont utilisés. Et c'est souvent, en passant, un facteur oublié dans la communication publique autour de ça, c'est essentiel que cette surveillance soit effectuée. On a publié des lignes directrices en hygiène et en salubrité pour l'ensemble des intervenants et l'ensemble des établissements. Ils ont donné de la formation aux infirmières en prévention d'infection.

Le résultat de ça, M. le Président, c'est qu'on a baissé de 40 %, au minimum, le nombre d'infections à *C. difficile* et qu'on a probablement obtenu le même impact sur les autres bactéries. On va poursuivre nos actions, on va les intensifier, notamment avec des équipes d'inspection dans nos hôpitaux, qui vont se poursuivre sur la salubrité, notamment l'entretien ménager et l'application des lignes directrices. On va également avoir le rapport du coroner, à l'automne, sur l'épisode d'Honoré-Mercier, qui va nous permettre, le cas échéant, de bonifier certaines mesures. Mais je dirais que là-dedans le Québec n'est pas seul, et il fait partie d'une lutte qui est internationale contre les infections nosocomiales, et que les résultats, même s'il s'agit de situations tragiques, les résultats actuellement sont encourageants.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Vous pouvez revenir dans un prochain bloc, c'est juste que c'était un court bloc pour faire la parité avec les deux blocs avant notre suspension à 18 heures. Maintenant, je suis prêt à céder la parole au ministre... au député de La Peltrie.

#### Statistiques actualisées sur l'effectif médical

**M. Caire:** Merci, M. le Président, pour la promotion. Je voudrais, dans les prochains blocs, aborder un peu plus le sujet des ressources humaines, la gestion des ressources humaines.

Pour l'entrée en matière, M. le Président, peut-être quelques petites statistiques. On constate que 36,5 % de nos médecins ont 55 ans et plus, et, dans cette tranche d'âge là, 15 % ont 65 ans et plus. Ce qui veut dire, M. le Président, là: en chiffres absolus, ça donne 6 934 médecins de 55 ans et plus, 2 862 médecins qui ont 65 ans et plus. Le Parti libéral, pendant la campagne électorale, a amené comme piste de solution 1 500 nouveaux médecins. Est-ce que ça veut dire que je dois ajouter 1 500 nouveaux médecins aux 2 862 médecins qui vont prendre leur retraite dans les années à venir? Et, quand je dis les années à venir, c'est à très court terme, là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien non, M. le Président. Puis je le sais parce que j'ai lu une déclaration du collègue, je pense, dans le journal de la ville de Québec, là, *Métro*... Comment on l'appelle, celui qui est publié par les journalistes?

**Une voix: MédiaMatin.**

**M. Couillard:** ...*MédiaMatin*, où on disait qu'on avait mal fait nos calculs, que, comme il y avait cette démographie, il fallait prévoir plus que 1 500 médecins. En fait, le chiffre de 1 500 est un chiffre net, et ça m'aurait fait plaisir de lui dire avant qu'il fasse sa déclaration au journal. Les tables ont été faites en prévoyant le nombre de retraites, décès, statistiques sur la base de la pyramide d'âge des médecins et sur la base également des tendances historiques qu'on a observées. Donc, en fait, si on... Parce que, si on calcule juste rapidement, on est rendu à 762 admissions en médecine par année. Disons, baissions-le à 600 pour tenir compte des cohortes des

années précédentes. Sur cinq ans, ça veut dire qu'on va graduer 3 000 médecins au Québec. Puis on annonce juste 1 500 parce qu'il faut tenir compte en ajout net des départs à la retraite, maladies, etc. Donc, le chiffre de 1 500 est en fait un chiffre conservateur. On tient par contre à ce que les médecins restent au travail le plus longtemps possible puis poursuivre leur carrière. Mais le chiffre de 1 500 est assez solide et encore une fois est un calcul net.

● (20 h 20) ●

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

#### **Ajustement des ressources au nombre d'étudiants admis en médecine**

**M. Caire:** Dans cette optique-là, M. le Président, le ministre vient de le mentionner, les cohortes étudiantes ont augmenté. Ici, à l'Université Laval, on a pratiquement doublé le nombre d'admissions. Par contre, j'aimerais entendre le ministre sur les ressources qui ont été allouées au centre universitaire, parce que ce qu'on constate sur le terrain, c'est que, oui, il y a plus d'étudiants, mais les ressources... ou en tout cas ce que les responsables de faculté, responsables de stage nous disent, c'est que les ressources n'ont pas été allouées en proportion. Alors, est-ce que le ministre, dans sa planification de nouveaux médecins, de médecins nouveaux, a prévu d'ajuster les ressources en conséquence?

Pour vous donner un exemple, M. le Président, ici, à l'Université Laval, les étudiants ont des locaux qui sont exigus, de telle sorte qu'ils sont assis dans les escaliers pour suivre leurs cours, et, quand ils sont en stage en centre hospitalier, le ratio maître-élèves n'a pas été ajusté en fonction de l'augmentation des cohortes. Donc, est-ce que c'est dans les prévisions budgétaires du ministère que d'ajuster les ressources pour donner une chance aux facultés d'être capables de suivre la demande de nouveaux médecins?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, d'abord, M. le Président, on avait chiffré, au cours de la campagne électorale — et d'ailleurs on avait été encore une fois les seuls à le faire — la traduction financière de cette augmentation, ce qui est une bonne nouvelle, l'augmentation du personnel notamment médical et d'infirmières au cours des prochaines années. On prévoit qu'on devra y consacrer 700 millions de dollars au cours des cinq prochaines années, résultat de l'augmentation du nombre de médecins, les infirmières, y compris l'encadrement et l'intégration.

Maintenant, pour répondre spécifiquement à la question de l'éducation des étudiants, notamment les étudiants en médecine, lorsque les cohortes d'étudiants sont augmentées, en même temps on augmente — et c'est le ministère de l'Éducation qui fait ça, ce n'est pas le ministère de la Santé; on augmente — les subventions pour facultés de médecine aux universités, qui sont calculées sur une base per capita. Lorsque ces étudiants arrivent au niveau qu'on appelle postdoctoral ou en formation de résidence, de résidence en spécialité, là il y a des montants qui sont encadrés, qui sont donnés pour l'encadrement clinique de ces personnes-là. Au cours des années, on a tendance à faire glisser plus de fonds vers le transfert de fonds pour le prédoctoral, parce que

l'encadrement, et l'enseignement, est plus intense à ce niveau-là.

Au-delà de l'argent donc qui accompagne la croissance des classes de médecins, d'étudiants en médecine, il y a la question des locaux de formation et des milieux de formation. Alors, de là l'utilité, l'intérêt d'avoir développé deux campus de formation satellites, autant à Trois-Rivières qu'à Chicoutimi, qui, en passant, sont deux actions véritablement structurantes pour la question de la pénurie de médecins en région, également d'avoir planifié des cohortes spécifiques pour ces deux milieux-là. Ce qui nous permet d'arriver à des nombres aussi élevés, parce qu'on est passés de 600 quelques à 762 en l'espace d'un mandat, ce qui est une augmentation considérable d'étudiants en médecine, c'est le fait d'avoir créé ces deux campus satellites.

Parce que tout le monde s'entend que, dans les facultés de médecine, que dans les campus actuels, il n'y a pas de place pour d'autres étudiants, et actuellement les facultés de médecine sont à la recherche d'autres milieux de formation. C'est pour ça qu'en même temps qu'on a ouvert les deux campus satellites de Trois-Rivières et de Saguenay on a également poursuivi le mouvement de délocalisation d'une partie de la formation et en médecine de famille et en spécialités de base en région, où le pourcentage de stages accomplis en région maintenant est très augmenté par rapport à ce qui existait il y a quelques années, où c'était très rare d'avoir une partie de notre formation en... Moi, quand j'ai fait ma formation en médecine, je ne suis pas allé passer une semaine en région, c'était tout dans les hôpitaux universitaires, dans les grandes villes. Je le regrette a posteriori parce que ça m'aurait donné l'occasion de voir la vie en région puis la pratique médicale en région également. Maintenant, c'est offert à nos étudiants. Alors, c'est pour ça qu'on continue également à développer des unités de médecine de famille dans les régions affiliées aux universités, et récemment, l'université Laval, ce qui va intéresser particulièrement notre collègue de La Peltrie, elle va ouvrir un milieu de formation à Joliette, à Lanauidière, qui va lui permettre de poursuivre son expansion et d'accueillir ses étudiants avec un niveau de formation qui est garanti.

Donc, en conclusion, M. le Président, oui, l'augmentation des cohortes d'étudiants, et je pense qu'on est arrivés au maximum de ce qu'on peut faire actuellement en termes de capacité d'accueil des facultés de médecine, et suivie par une augmentation des budgets transférés par le ministère de l'Éducation et par une diversification des milieux de stage. Je rappelle amicalement à notre collègue que de construire des nouvelles unités de médecine de famille, des unités satellites de formation, c'est des immobilisations puis ça ajoute de l'argent sur la dette. On revient à un thème connu. Alors, il faut également prendre ça en considération, parce que, si le gouvernement ne le fait pas, il n'y a personne d'autre qui va le faire.

**Le Président (M. Kelley):** Merci, M. le ministre. M. le député.

#### **Ventilation de l'augmentation des ressources**

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Bien, oui, c'est une bonne nouvelle que l'Université Laval puisse aller installer un satellite à Joliette, d'autant plus que c'est une

dérogation parce que c'était dans le périmètre de l'Université de Montréal.

Ceci étant dit, M. le Président, loin de moi l'idée de contredire le ministre, mais j'ai le Dr Yves Robert qui dit ici que les universités manquent de moyens, que le gouvernement a doublé les entrées en médecine mais n'a pas doublé les professeurs et les espaces, de sorte qu'actuellement les quatre facultés de médecine sont complètement surchargées. C'est ce qu'on a entendu aussi de la part des responsables quand on a parlé à l'Université Laval, je ne me souviens plus du nom du médecin qui nous a déploré cette situation-là où effectivement on parle d'étudiants qui sont assis dans les escaliers de leurs locaux pour suivre leurs cours. Ça arrive un peu en contradiction avec ce que le ministre vient de dire sur la proportionnalité des ressources qui ont été allouées aux facultés de médecine en fonction de l'augmentation des cohortes.

Est-ce que le ministre pourrait ventiler un peu les chiffres qu'il vient de nous donner pour nous donner les prorata d'augmentation des ressources qui ont été consenties aux universités, de ce qui se faisait à l'époque où, et même ici, à Laval, on avait une centaine d'étudiants alors que maintenant on est à 180-190 étudiants? Donc, on a pratiquement doublé. Est-ce que le ministre peut ventiler les chiffres qu'il vient de nous donner pour nous indiquer clairement dans quelle proportionnalité ces ressources-là ont été augmentées?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, là-dessus, on aura les chiffres détaillés au niveau des crédits de l'Éducation, parce que je rappelle que ces montants-là sont déboursés par le ministère de l'Éducation. Mais je peux donner une indication du per capita qui a été augmenté — per capita veut dire «le montant par personne». Je ne le dis pas pour le collègue mais pour les citoyens qui peuvent se demander des fois quelle sorte de mots on utilise ici, dans nos discussions.

Pour chaque étudiant, il y a une subvention du gouvernement pour la formation. Alors, à l'époque où, moi, j'étais à l'Université de Sherbrooke, c'était autour de 15 000 \$, 16 000 \$ par étudiant. Maintenant, c'est au-dessus de 20 000 \$ par étudiant qu'on donne, parce que c'est de plus en plus lourd, la formation médicale, et il y a eu le rattrapage qui a été fait. Pour l'encadrement clinique des résidents, ça, ça vient de chez nous. En partie, on pourra vous trouver le montant. Mais c'est certain que les gens voudraient toujours avoir plus de financement, c'est un mécanisme normal dans les secteurs publics en général, mais on s'assure, chaque fois qu'on dépose une proposition d'augmentation de cohorte, qu'elle s'accompagne d'une augmentation et du suivi des budgets.

Mais j'indique que le niveau où on est rendu actuellement, de 772 admissions par année, m'apparaît, à court terme en tout cas, comme le niveau maximal qu'on ne peut pas dépasser sans mettre en danger la question de l'accueil puis de la qualité de la formation. Il reste encore du potentiel de développement de milieux de formation en région, mais ce n'est pas infini non plus, parce qu'il faut que les professeurs soient disponibles, il faut qu'ils soient engagés, qu'ils veuillent faire cet enseignement-là. Là-dessus, on a un bon accueil dans la région, mais je pense qu'on arrive près de la limite également.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

#### **Sommes consacrées à l'encadrement des médecins résidents**

**M. Caire:** Oui, merci, M. le Président. Je veux juste encore une fois attirer l'attention du ministre sur le fait, là, que le discours officiel puis le discours sur le terrain n'est pas tout à fait le même, là. Alors, il y aura peut-être lieu de revoir ça.

Le ministre m'a devancé sur une question. Effectivement, les montants alloués pour les résidences sont sous la charge du ministère de la Santé. Donc, effectivement, j'aimerais avoir, encore là, les chiffres que le ministère pourrait nous fournir là-dessus. Ce qui m'amène...

**M. Couillard:** Je pourrais, demain, vous obtenir les chiffres qui sont consacrés à l'encadrement des résidents, on ne les a pas sous la main actuellement.

**M. Caire:** Parfait. Pas de problème, ça me convient parfaitement.

**M. Couillard:** O.K.

#### **Plan d'action pour inciter les diplômés à effectuer leur programme de résidence au Québec**

**M. Caire:** Et donc il y a quand même un problème qu'on constate au niveau des résidences. On sait que ce n'est pas facile, former un médecin, je ne sais pas exactement le coût total de la formation d'un médecin jusqu'à sa résidence, mais on constate, à grand regret, que 60 de nos diplômés ont décidé d'aller faire une résidence ailleurs qu'au Québec. Il y a des indicateurs, notamment sur le salaire, sur les perspectives ou la flexibilité de l'emploi, qui donnent à penser... et aussi, bon, l'état du réseau en général, qui donnent à penser que notre réseau de la santé n'est pas très attractif pour nos diplômés.

Est-ce qu'au niveau du ministère on est conscients de cette situation-là? Est-ce qu'au niveau du ministère il y a un plan d'action pour faire en sorte que les diplômés restent au Québec, fassent leur résidence au Québec? Quand on sait qu'il y a 80 résidences qui sont disponibles, ce n'est pas qu'il manque de résidences, là, c'est qu'il manque de gens pour les occuper, là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

● (20 h 30) ●

**M. Couillard:** Effectivement, il faut expliquer que, pour la deuxième année — la première année était une année test, cette année était une année de fonctionnement complet — le Québec a joint le système pan-canadien d'attribution des postes de résidence, ça s'appelle le CARMS en abrégé, qui fait que les gens ont accès, au Québec, à tous les programmes de formation canadiens, et vice versa, les étudiants canadiens ont accès au programme québécois. Alors, il y a eu une sorte d'échange qui s'est fait. Il y a à peu près 23 étudiants canadiens qui sont venus étudier au Québec, 80 quelques étudiants québécois qui sont partis à l'extérieur, donc une perte nette d'environ 60 quelques postes de résidence.

Ce qui est intéressant, c'est de voir, lorsqu'on parle de la médecine de famille, quelle est la distribution de ces postes non occupés selon les facultés de médecine, et là c'est tout à fait éclairant parce qu'on constate une différence majeure dans la situation d'une faculté de médecine à l'autre. Il y a quatre facultés de médecine au Québec; il y en a trois où le nombre a été de deux, huit et neuf personnes, ce qui est minime, et il y a une autre faculté de médecine où ça a été 45. Donc, ce n'est pas un phénomène qui est généralisé, c'est un phénomène qui est largement concentré dans une faculté. Il va y avoir une enquête pour voir rétrospectivement quels ont été les éléments qui ont poussé ces étudiants à décider d'aller étudier à l'extérieur du Québec. Je rappelle qu'à l'époque on était en situation assez difficile avec la Fédération des médecins spécialistes, qu'il y avait eu une suspension de l'enseignement dans les milieux hospitaliers, ça a pu jouer.

Lorsqu'on entend les communications de certains des représentants de ces jeunes médecins là, on parle en général des éléments comme le niveau de rémunération, mais là on est en négociation avec les fédérations pour le rehausser. Et je rappelle, en passant, que c'est au Québec de loin qu'il en coûte le moins cher au Canada pour étudier la médecine. Petit message pour les contribuables québécois: un étudiant au Québec qui étudie la médecine va payer actuellement 1 800 \$ de frais de scolarité par année; à Toronto, c'est 15 000 \$ de frais de scolarité par année. Alors, il en coûte aux contribuables cher pour former des médecins. Le gros des études médicales est lourdement subventionné par les contribuables québécois, il ne faut jamais perdre ça de vue. Mais on a entrepris une médiation, une négociation avec les deux fédérations médicales pour rendre leur rémunération plus compétitive.

L'autre élément qui est souvent mentionné, c'est la question des plans d'effectifs régionaux, et il est clair qu'on ne fera pas un plan d'effectifs régional séparé pour une des quatre facultés de médecine au Québec. Il est clair que tous les Québécois qui participent par leurs impôts à la formation des médecins veulent avoir accès aux soins médicaux de base dans toutes les régions, et c'est pour ça qu'on va continuer à avoir un plan d'effectifs régional. On est prêt à en revoir les modalités avec les fédérations mais sans jamais dévier de notre objectif, c'est qu'on conserve les résultats qu'on a obtenus au cours des dernières années parce qu'on les a gérés de façon serrée quant à l'installation de nouveaux médecins dans des régions telles que la Mauricie et l'Abitibi qui auparavant avaient énormément de difficultés. Elles en ont encore, mais au moins il y a des nouveaux médecins qui y vont maintenant, et là-dessus on ne changera pas.

Donc, si on résume ça, la situation n'est pas la même dans les quatre facultés. Il y a une faculté qui est sur-représentée dans ce chiffre migratoire, là, des étudiants, des résidents vers le reste du Canada. Les études en médecine au Québec sont vraiment une aubaine si on compare à la réalité canadienne et nord-américaine, les contribuables y participent très, très largement. Les modalités de distribution équitable des effectifs médicaux sur le territoire sont là pour rester. Quant à leur objectif, on est toujours prêt à discuter des modalités avec les fédérations.

**Le Président (M. Kelley):** Une dernière question, M. le député de La Peltre.

**M. Caire:** Une dernière question déjà. M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** ...minutes.

### **Règlementation concernant la retraite progressive des médecins**

**M. Caire:** Oui, M. le Président. J'ai fait état des médecins dont un certain pourcentage, un pourcentage non négligeable arrive au seuil de l'âge de la retraite et même pour certains l'ont dépassé. En discutant avec des médecins, j'apprenais à ma stupéfaction que réduire leur temps de pratique ne semblait pas être une option qui était cautionnée par le Collège des médecins, à savoir qu'un médecin qui voulait faire un trois jours-semaine, un deux jours-semaine, un quatre jours-semaine semblait ne pas pouvoir le faire, il devait avoir une pratique à temps plein ou pas de pratique du tout.

Est-ce que le ministre peut me confirmer ou infirmer cette information-là, dans un premier temps? Et, dans un deuxième temps, s'il me confirme l'information, est-ce qu'il ne juge pas approprié de permettre à des médecins qui le souhaiteraient de s'en aller vers une retraite graduelle et donner un peu plus de souplesse puis permettre de maintenir en place des effectifs avec un haut niveau d'expertise?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, effectivement, on n'est plus à l'époque où on veut que les médecins prennent leur retraite, Dieu merci, on veut les garder dans le réseau de la santé. Je suis surpris un peu par la question. Moi-même, je n'ai jamais entendu parler de ce phénomène-là puis pourtant j'ai été en pratique pendant de nombreuses années. Je ne connais pas de règlement ou d'instruction du Collège des médecins qui empêche les médecins, lorsqu'ils arrivent à un âge avancé, de diminuer leurs activités. Dans l'hôpital où j'étais, ce n'était pas rare de voir des collègues arriver à l'âge de 60 ou 60 quelques années et diminuer progressivement à quatre jours, trois jours-semaine de travail, et c'était quelque chose qu'on voyait régulièrement. Alors, peut-être y aurait-il lieu de vérifier avec le Collège des médecins de quoi on parle? Est-ce qu'on parle de longues périodes d'absence dans une année — ça, c'est possible — où, n'étant plus en contact avec la pratique, il peut y avoir des problèmes de qualité, selon le Collège des médecins? Mais, en ce qui a trait au principe de voir des médecins plus âgés diminuer leurs activités, nous, on n'a aucune objection envers ça.

Il faut réaliser que la situation financière individuelle des médecins également, parfois, les amène à devoir continuer leurs activités de façon intensive, même à un âge plus avancé, personne n'est à l'abri de ça. Mais, sur le plan du principe, là, il n'y a pas de problème de notre côté, puis pas que je sache du Collège des médecins. Peut-être y aurait-il lieu de préciser d'ici la fin de l'étude des crédits quelle est cette politique ou ce règlement. Ça m'intéresserait de le savoir parce que je n'en ai pas connaissance personnellement.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Je vais maintenant céder la parole au député de Marie-Victorin.

### Mesures adoptées pour éviter les ruptures de services médicaux dans les urgences pendant l'été

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. J'aimerais revenir brièvement, M. le ministre, sur la situation des urgences, en particulier cet été. Est-ce que vous avez un plan pour vous assurer qu'il n'y ait pas de rupture dans les urgences du Québec cet été, en particulier dans les régions du Québec?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, il y a deux questions dans une. Il faudrait peut-être demander au collègue de préciser quel aspect il veut explorer, parce que les ruptures, on en a de deux types: on a les ruptures liées aux médecins puis on a les ruptures liées aux infirmières. Alors, quel est l'élément des deux sur lequel il veut discuter?

**M. Drainville:** Allons-y avec les médecins d'abord, puis on pourra discuter, si vous le voulez bien, de la question des infirmières par la suite. Donc, allons-y pour les médecins.

**M. Couillard:** Alors, les médecins. On a, depuis plusieurs années, chaque été, une équipe de dépannage qui est disponible, et, si on regarde la situation de chaque année, d'été en été, en fait le nombre de jours de dépannage, si mes renseignements sont exacts, a diminué progressivement au cours des dernières années, et le nombre d'endroits en rupture de services a également diminué, et il y a même certains endroits qui ont pu se libérer des mécanismes de dépannage. Mais il y a toujours, chaque été, des endroits problématiques, on les voit venir, on les prend en main avec la Fédération des médecins omnipraticiens et les spécialistes également. Les spécialistes ont moins de contacts directement avec l'urgence, mais, pour les soins spécialisés, c'est important également. Donc ça, cet élément-là est géré avec les fédérations médicales par le biais d'équipes de dépannage, de lettre d'entente spécifique entre les établissements et un groupe de médecins, par exemple. Et, bon, il n'y a rien de parfait. L'idéal, ce sera quand on aura plus de médecins qu'on n'ait plus besoin de faire ces acrobaties-là à chaque été. Il y a des gens qui travaillent au ministère de façon très intense avec les fédérations, chaque jour, tout l'été, pour s'assurer qu'on place des médecins de remplacement, là, aux endroits problématiques.

Pour les infirmières, bien c'est là que toute la question de l'organisation du travail entre en compte, et des primes. On a, au cours des dernières années, introduit des primes estivales de rétention du personnel infirmier et également de leurs collègues, qui se montent actuellement à 11 millions de dollars. Chaque année, on consacre 11 millions de dollars à des primes pour encourager des infirmières à différer leurs vacances ou à les planifier différemment et à les encourager à nous donner du temps de travail consécutif garanti au cours de l'été. Maintenant, ça ne nous met pas à l'abri des problèmes, loin de là. Il y a des établissements, au Québec, qui sont plus problématiques que d'autres. Il y a des établissements qui ont plus de difficultés que d'autres à garder leur personnel infirmier, même à Montréal. Il faut que... de leur côté,

ils voient à ça localement, qu'ils améliorent les conditions de travail et l'ambiance de travail pour les infirmières. On est ouvert, comme je l'ai dit également, pour le côté des organisations, des organisations... les infirmières à faire de grandes modifications.

On a commencé avec l'Outaouais un projet de départ et on est prêt à faire beaucoup, beaucoup de changements là-dedans. On a besoin pour ça absolument de la collaboration des syndicats infirmiers, et là-dessus, récemment, les signaux ont été positifs. Moi, je vais dire, j'ai été intéressé de voir les commentaires qui ont été faits et publiquement et dans les réunions avec le ministère quant au désir de nos partenaires des syndicats infirmiers de pousser cette question avec nous. Tout le monde veut que les infirmières aient des conditions de travail améliorées, moins précaires. Là-dessus, chacun a sa part de responsabilité, autant l'employeur que l'État et les centres hospitaliers que les syndicats.

Alors, au niveau de l'été, c'est certain qu'on va avoir des problèmes encore, comme chaque été, et on va espérer qu'ils seront moins difficiles et moins pénibles à gérer que l'été précédent, mais on verra après l'été ce qui est arrivé, mais on va maintenir nos mesures comme chaque année. Les primes, on les a rendues récurrentes parce qu'on ne peut pas se permettre de les retirer. Ce serait trop risqué de les retirer et d'avoir des problèmes pendant l'été.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Drainville:** Si je vous entends bien, M. le ministre, j'ai l'impression que vous dites que le problème de pénurie d'infirmières dans le contexte, là, de rupture de services, là, dans les urgences pour l'été, le problème de pénurie d'infirmières est encore plus problématique que le problème de pénurie de médecins, là, sur la question très spécifique, là, du...

● (20 h 40) ●

**M. Couillard:** Non, pas pour les urgences. Les urgences en général, quand il y a une urgence qui est en difficulté actuellement, au Québec, c'est surtout par la question de manque de médecins, pas loin d'ici d'ailleurs, à Portneuf.

**M. Drainville:** Je parle pour l'été.

**M. Couillard:** Mais pour l'été aussi. En général, les infirmières, ça touche surtout les activités du bloc opératoire, la nécessité, par exemple, de fermer plus de lits pour la période estivale qu'on le ferait normalement. Chaque année, chaque été, et c'est chaque été comme ça, il y a des lits qui ferment parce que les gens partent en vacances. Mais, lorsqu'on baisse en bas d'un seuil de personnel présent, on est obligé parfois de faire un peu plus de fermetures. La bonne nouvelle, c'est que, cette année, globalement au Québec, il y a 50 lits de moins qui vont fermer que l'été précédent, globalement. Il y a des endroits, des régions où c'est différent, là, selon...

**M. Drainville:** ...

**M. Couillard:** Au total, 1 275, c'est assez précis, là... Combien qu'il y a de lits d'hospitalisation au total? 15 000? C'est environ 15 000. Donc, c'est à peu près stable. En fait, c'est 50 de moins que l'an dernier.

Cependant, il y a des établissements qui en ferment un peu plus, si on regarde établissement par établissement...

**M. Drainville:** ...1 275 qui vont fermer cet été?

**M. Couillard:** Oui, comme chaque été, là, puis en fait c'est 50 de moins que l'été précédent. C'est inévitable, hein, les infirmières prennent des vacances, les médecins prennent des vacances, et c'est une bonne chose. Même les députés prennent des vacances l'été.

#### **Nombre de médecins effectuant du dépannage pendant l'été**

**M. Drainville:** Votre équipe de dépannage, M. le ministre, elle compte combien de médecins? L'équipe de dépannage.

(Consultation)

**Le Président (M. Kelley):** La question est lancée, on va attendre la réponse.

**M. Couillard:** Oui, mais c'est parce que la réponse n'est pas simple. C'est que les médecins doivent s'inscrire pour faire du dépannage, il y en a toujours, puis c'est renouvelé à chaque semaine ou à chaque période. On fera une recherche plus approfondie, là, je ne voudrais pas lancer un chiffre en l'air qui repose sur rien, mais je dirais qu'en général on a le nombre de dépanneurs nécessaires. Et ce qu'on a en fait, c'est des dépannages ponctuels, un médecin qui accepte d'aller faire un quart de travail ou deux dans un hôpital ou, mieux encore, parfois une équipe de médecins qui se fidélisent, c'est-à-dire une équipe de médecins ensemble qui disent: Bien, nous, on va donner un coup de main régulièrement à cet endroit-là, et en général ça nous aide beaucoup également. On a le même mécanisme également avec d'autres types de médecins. Et c'est ce qu'on va mettre en place également dans la plupart des régions lorsqu'on aura un problème de bris de service anticipé ou de pénurie. Mais on aura la réponse plus précise soit dans la soirée soit demain. Vous voulez savoir, M. le député, combien qu'il y a de médecins en général, chaque été, qui font du dépannage au Québec?

**M. Drainville:** Oui, oui, ça pourrait être une information utile.

**M. Couillard:** O.K. On va essayer de vous trouver les renseignements.

**Le Président (M. Kelley):** Merci, M. le ministre. M. le député.

#### **Niveau de financement des soins à domicile**

**M. Drainville:** Bon, je vous ai parlé des urgences. Les soins à domicile. M. le ministre, les soins à domicile, en 2003, ai-je besoin de vous le rappeler, le Parti libéral promettait qu'un gouvernement libéral porterait l'investissement dans les soins à domicile au niveau de la moyenne canadienne. Selon les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé, en dollars courants, là, en 2006-2007, la moyenne canadienne est autour de 160 \$

par habitant — on parle toujours de soins à domicile — alors qu'au Québec c'est autour de 86 \$, 87 \$. C'est pratiquement deux fois moins; le Québec investit pratiquement deux fois moins que le Canada dans les soins à domicile.

La question que j'ai le goût de vous poser, c'est: Est-ce que vous avez l'intention de corriger ce problème-là? Je crois que... Bon, vous avez un plan d'action, hein, au niveau des soins à domicile. Est-ce qu'on peut savoir d'abord si vous avez l'intention de déposer un cadre budgétaire pour réaliser les objectifs que contient ce plan d'action pour les soins à domicile?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Deux éléments de correction pour commencer la discussion. D'abord, la question du financement per capita des soins à domicile doit être mise en contexte. D'abord, il y a des éléments qui ne sont pas comptabilisés par l'Institut canadien d'information en santé que, nous, on comptabilise normalement dans les soins à domicile; exemple: l'économie sociale que l'Institut canadien n'inclut pas, alors que ce sont des modèles de financement de soins à domicile, les crédits d'impôt, etc. Ça fait que, si on ajoutait ces mesures-là, le résultat serait différent.

Deuxième élément, c'est que niveau différent de financement per capita ne signifie pas moins de services. Et là je ne nie pas qu'il y a du progrès à faire, j'explique juste la base de la situation. La preuve étant que, lorsqu'on a des conférences interprovinciales ou fédérales-provinciales, beaucoup de nos collègues des autres provinces sont très craintifs lorsqu'on leur demande d'arriver au niveau de soins à domicile que le Québec accorde, aussi surprenant que ça puisse paraître. Parce que la définition classique pancanadienne des soins à domicile, celle qui est retenue par le gouvernement fédéral, ce sont des soins à domicile de courte durée uniquement, dans des situations de soins palliatifs ou de convalescence postopératoire. Les soins à domicile dans le cadre du maintien à domicile des personnes handicapées ou des personnes âgées sont très inégaux à Québec et au Canada, et là-dessus le Québec ne fait pas piètre figure, au contraire, en termes de niveau de services. Et, en passant, c'étaient les mêmes explications qui étaient données par le Parti québécois lorsqu'ils étaient au gouvernement et que la même question était posée par l'opposition d'alors. Alors, je suppose qu'il y a une valeur à cette raison. Et, moi, je n'étais pas là à l'époque.

**M. Drainville:** Vous n'étiez pas encore là, vous étiez encore médecin à ce moment-là, hein?

**M. Couillard:** Et vous non plus, vous non plus, et ça doit démontrer une certaine valeur à l'argument, je suppose.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Couillard:** Mais on a donc investi depuis ce temps-là... Ce que je voudrais corriger également, c'est que ce n'est pas un plan d'action de soins à domicile, c'est un plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie qui comprend l'ensemble des méthodes de prise en charge des aînés en perte d'autonomie à partir des soins à domicile jusqu'au CHSLD, en passant par les nouvelles modalités

d'hébergement, soit les ressources intermédiaires, soit les nouveaux projets de partenariat, l'économie sociale. On ne compte pas les crédits d'impôt là-dedans.

Alors, si on regarde la mise en place du programme ou du plan d'action, jusqu'à maintenant, on y a consacré 172 millions de dollars d'argent neuf récurrent depuis 2003. Si on ajoute à ça le crédit d'impôt de 75 millions pour le maintien à domicile des personnes âgées et le crédit d'impôt de 36 millions de bonification pour les aidants naturels, on arrive à un chiffre qui approche les 300 millions. En services directs, 172 millions. On y a consacré, sur une base annuelle, au cours des trois dernières années, 35 millions, 35 millions. Cette année, on avait prévu 50 millions. Comme le député le sait très bien, ce taux — réunion fructueuse entre nos deux formations politiques — ce montant est fortement augmenté, puisqu'il devrait atteindre autour de 90 millions au cours de la prochaine année, sur une base annuelle, qui vont être appliqués à l'ensemble des services donnés aux personnes en perte d'autonomie.

Alors, est-ce qu'on a un cadre budgétaire? Écoutez, ça dépend de la situation budgétaire de chaque année. Mais c'est certain que, chaque année, les priorités budgétaires en termes de développement sont allées dans ce secteur-là parce que c'est, avec la santé mentale, le secteur dans lequel il est absolument prioritaire d'investir au cours des prochaines années pour faire une transformation de notre réseau de santé qui est un miroir de la transformation de notre société. Mais je voudrais juste qu'on garde en mémoire que la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, c'est plus que les soins à domicile, c'est les soins à domicile et les autres traitements jusqu'au CHSLD.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

#### **Ventilation des crédits additionnés au budget à la suite d'une entente avec le deuxième groupe d'opposition**

**M. Drainville:** M. le Président, M. le ministre de la Santé vient d'y faire référence, pouvez-vous juste nous rappeler la ventilation du 60 millions qu'on a effectivement obtenu dans les négociations entourant le budget?

**Le Président (M. Kelley):** On anticipe le débat sur les crédits supplémentaires.

**M. Couillard:** Oui, oui, je me souviens... Et je me suis souvenu en même temps... Alors, c'est 50 millions pour le programme pour les aînés en perte d'autonomie et 10 millions pour les formules de soins de première ligne, GMF et autres formules. Vous savez...

**M. Drainville:** ...50 au lieu de 40, hein? Vous venez de...

**M. Couillard:** 50 et 10.

**M. Drainville:** C'est bien 50 qu'on a obtenus de plus pour les soins à domicile ou pour les personnes en perte d'autonomie.

**M. Couillard:** Pour la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

**M. Drainville:** Voilà.

**M. Couillard:** Ce qui inclut le chèque emploi-services également.

**M. Drainville:** Bon. On va...

**M. Couillard:** Excusez-moi, j'ai un renseignement pour vous, si vous voulez. Si on calcule l'enveloppe budgétaire totale des services à domicile au Québec, en 2002-2003, l'enveloppe totale était de 625 401 824 \$; en 2005-2006, 759 104 328 \$, ce qui veut dire presque 21,5 % d'augmentation entre 2002-2003 et 2005-2006, donc beaucoup plus que l'inflation. Ce qui nous permet de rattraper un certain retard, parce qu'il y a eu des périodes, au cours des années précédentes, où ça a été difficile dans ce secteur-là, compte tenu des contextes budgétaires de l'époque. Mais il y a un effort qui est constant puis qui s'adresse bien sûr aux personnes âgées mais également au maintien à domicile des personnes handicapées dont on a parlé il y a quelques jours dans l'annonce du 40 millions.

**M. Drainville:** Est-ce qu'il serait possible, M. le Président, que le ministre dépose le document qu'il vient de citer?

**M. Couillard:** C'est un document de travail, là. On pourra vous le reformuler puis vous le déposer.

**M. Drainville:** Oui.

**M. Couillard:** Surtout entre ces deux années-là. Certainement.

**M. Drainville:** Ça va, merci. J'allais vous demander: Le 50 millions supplémentaire que nous avons... enfin, que le Parti québécois a obtenu dans ses négociations entourant le budget, est-ce que vous pouvez nous donner un peu une idée à quoi il va servir, ce 50 millions? Comment il va vous aider à rencontrer les objectifs que vous vous êtes donnés dans votre plan d'action pour aider les personnes en perte d'autonomie? Qu'est-ce que ça va changer dans le fond, ce 50 millions là?

● (20 h 50) ●

**M. Couillard:** Alors, le plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie permet d'articuler une offre de services ou des options de services pour les personnes âgées qui sont variables et qui sont plus que soit le domicile soit le CHSLD. Donc, on a les soins à domicile, bien sûr, le maintien à domicile, l'économie sociale, les ressources intermédiaires, ce qu'on appelle les projets novateurs qui sont extrêmement prometteurs, qui sont des partenariats, je ne sais pas si vous en avez entendu parler, entre les résidences privées ou des groupes communautaires ou les coopératives d'habitation et les établissements de santé pour maintenir les aînés, souvent en couple d'ailleurs, en situation d'autonomie plus longtemps pour éviter d'être institutionnalisés.

Et la déclinaison de chacun de ces éléments-là varie de région en région, parce que, suite à la publication

du plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie, on a demandé à chaque région de faire son propre plan pour arriver aux objectifs qui sont les nôtres. L'objectif fondamental du plan d'action, c'est de faire en sorte qu'on diminue au Québec globalement le taux d'institutionnalisation des personnes âgées en s'inspirant d'ailleurs de l'expérience du Danemark. Alors, dans ses remarques d'introduction, lorsque le député de Marie-Victorin parlait du voyage au Danemark, c'est ce voyage et les publications qui viennent de ce pays qui ont mené au plan d'action. Et je voudrais le rassurer sur l'utilité de la mission de l'époque, dont je n'étais pas bien sûr, quant à la mise sur pied du programme. Alors, chaque région a eu le mandat, lors de la préparation du plan et les semaines qui ont suivi, de faire d'abord l'état de situation actuelle, de faire une projection de sa pyramide démographique au cours des prochaines années et ce qu'il fallait faire pour arriver ou conserver autour de 3 % de taux d'adultes, d'aînés en perte d'autonomie hébergés par rapport à plus de 4 % dans certaines régions, comme à Montréal, par exemple. En Montérégie, d'où le député est originaire, le taux est déjà autour de 3 %, donc là ils vont faire beaucoup d'efforts pour maintenir des ressources intermédiaires, projets novateurs, etc., et soins à domicile. Dans d'autres régions, c'est différent.

**Le Président (M. Kelley):** Dernière question dans le bloc. S'il vous plaît, M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Il reste 10 millions, M. le ministre, il reste 10 millions qui vont servir pour les groupes de médecins de famille...

**M. Couillard:** Et autres formules de première ligne.

**M. Drainville:** Bien sûr.

**M. Couillard:** Vous vous souvenez, on avait eu une discussion. Il y a cliniques-réseaux, groupes de médecine, deux que la FMOQ veut créer pour les plus petits groupes de médecins. Je pense que tout le monde est d'accord que c'est une bonne idée, donc ça nous donne, je dirais, une soupape pour être encore plus actifs. Mais, sur les groupes de médecine de famille, je répète ce que j'ai dit à plusieurs reprises: on accrédite tous les groupes qui se présentent à nous et qui sont éligibles selon le principe. Il y en a sept qui sont en cours d'accréditation puis une cinquantaine de projets qui sont en préparation actuellement. Ils vont tous être accrédités.

**M. Drainville:** Bon, comme on n'a pas beaucoup de temps pour aborder ça, M. le Président, permettez-moi juste de terminer avec une très courte, une très, très courte question.

**Le Président (M. Kelley):** Très rapidement, une très courte question.

**M. Drainville:** On parlera des médecins au prochain tour. Mais, je veux juste vous entendre, M. le ministre. En conclusion, le 50 millions qu'on est allé chercher, en résumé, là, il va vous aider. Dans le fond, ça faisait votre affaire qu'on aille chercher cet argent-là, non?

**M. Couillard:** Oui. C'est une bonne nouvelle, là. Il va d'abord aider les personnes âgées en perte d'autonomie puis nous aider également, par exemple l'année prochaine, à être mieux armés pour la crise annuelle hivernale des salles d'urgence, parce que, parmi les stratégies qu'on met en place à chaque fois, bien c'est l'accroissement des soins à domicile par exemple, l'accroissement des milieux de convalescence, l'accroissement également des soins en CHSLD. Alors, il n'y a pas seulement ça, mais il y a en partie ça qui va être facilité, c'est certain.

**M. Drainville:** De quelle façon? De quelle façon?

**M. Couillard:** Bien, en accroissant tout simplement les budgets, le nombre d'équipes de soins à domicile, le nombre de ressources intermédiaires qu'on va pouvoir développer, le nombre de lits de convalescence qu'on va pouvoir débiter. Le gros de la philosophie du plan d'action de la perte d'autonomie est la prise en charge des aînés dans leurs communautés selon l'approche danoise. Puis, si le député a regardé... je m'excuse, M. le Président, c'est un sujet, là, tout à fait intéressant... si le député a regardé le rapport de mission, il est quasiment illégal au Danemark d'institutionnaliser une personne âgée. Il n'y en a pas là-bas quasiment de CHSLD. Le monde, ils sont soit à la maison soit dans les appartements supervisés. Il n'y en a pas, de grosses boîtes comme on a chez nous, parce qu'ils ont développé toutes sortes de variétés d'options, alors que, nous, on s'est malheureusement concentrés beaucoup historiquement sur l'institutionnalisation dans une mentalité de réseau public qui avait ses valeurs, là, mais qui formellement, on le voit, ne répond pas aux attentes puis aux besoins des personnes âgées si on se compare à ce qui a été fait ailleurs.

Alors, ça va nous aider à continuer à diversifier ce qu'on fait et on va faire en sorte que ça paraisse l'an prochain. Outre, nous, que ça fasse notre affaire, puis, vous, comme politiciens d'avoir été à l'origine de ça, il faut que le monde sur le terrain voit un accroissement des services puis quelque chose qui change.

#### **Nombre de médecins effectuant du dépannage pendant l'été (suite)**

Petit raccord rapide, M. le Président, une réponse qui m'est parvenue encore plus rapidement que je ne l'espérais. Il y a 550 médecins actuellement sur la liste de dépannage. Il se fait, chaque année, 18 000 jours de dépannage par année, et il y en a 15 de ces dépanneurs qui sont à temps plein, c'est-à-dire qu'ils font juste ça, seulement 15, puis les autres font ça en plus de leurs activités, ils se gardent des blocs de jour pour faire du dépannage un jour à x par année, là. Des fois, il y a des gens qui en font juste un ou deux; des fois, il y en a qui font un peu plus. Voilà.

**M. Drainville:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Je vais maintenant passer la parole au député de Laurier-Dorion. M. le député, la parole est à vous.

### Actions entreprises pour améliorer la qualité du parc immobilier de CHSLD

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Le rapport du Vérificateur général publié en 2001 a obligé le Parti québécois à engager des investissements de 500 millions de dollars en santé pour construire ou rénover des centres d'hébergement et des centres des soins, des investissements qui ne sont arrivés curieusement qu'à l'occasion du budget 2002-2003, en période préélectorale. En novembre 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé la mise en place du plan d'action pour les personnes âgées en perte d'autonomie intitulé *Un défi de solidarité*, 2005-2010. Récemment, M. le Président, le rapport du Protecteur du citoyen faisait état des visites d'appréciation en CHSLD. Il ressort des constats du Protecteur que c'est dans la catégorie environnement et ressources matérielles qu'est recensé le plus grand nombre de motifs de signalement. Entre autres, figurent des remarques concernant la vétusté des immobilisations en CHSLD.

Dans le cadre, M. le Président, du budget 2007-2008, le gouvernement prévoit le réaménagement de 3 000 places et le développement de 1 000 places en CHSLD. Considérant les remarques du Protecteur du citoyen au sujet du parc immobilier en CHSLD, est-ce que le ministre de la Santé et des Services sociaux peut nous expliquer ce qu'il compte faire pour assurer à cette clientèle un environnement sécuritaire agréable? Que s'est-il passé depuis 2003 dans ce domaine? Et, depuis l'annonce du plan d'action pour les personnes âgées, quelles actions concrètes ont été mises en place?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, effectivement, la question de la qualité des immobilisations est majeure, ce n'est pas un détail dans la question de la qualité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Celles qui sont institutionnalisées ont besoin d'un environnement plus confortable, et les personnes qui travaillent auprès d'elles ont également besoin d'un milieu de travail plus agréable. On a tous visité des centres d'hébergement où on peut à peine introduire une civière dans un corridor, où la salle de bains est à distance de la chambre qui souvent est une chambre multiple, surtout dans les régions où il y a des vieux établissements qui, à l'époque... Il faut se rapporter à l'époque, dont je me souviens, on se souvient de ça, des foyers d'accueil où les gens venaient là avec leurs automobiles, ils allaient faire leurs commissions, ils étaient finalement presque autonomes la plupart du temps pour plusieurs années. On n'a plus du tout le même portrait aujourd'hui. C'est des gens qui sont en lourde perte d'autonomie.

Alors, pour la question des installations immobilières des CHSLD, on a bien sûr, chaque année, à partir de 2003, apporté des améliorations, maintien d'actifs, construction de nouveaux bâtiments, etc., mais on a décidé de prendre en main la question de façon plus large en faisant une sorte d'examen général de la situation, notamment quant à la question des chambres multiples, ce qui a donné lieu à l'annonce il y a quelques mois — qu'on a rappelée cette semaine lors de l'annonce du maintien des actifs — d'un plan de modernisation ou d'amélioration

des CHSLD, qui nous amène jusqu'à 2010, avec un investissement de 725 millions qui, donc, message à l'ADQ, va se rajouter à la dette du Québec, 725 millions de dollars. Alors, je suppose que tout le monde va être d'accord qu'on fasse ça cependant, mais comment est-ce qu'on réconcilie ça avec le fait de ne pas mettre 1 \$ de plus sur la dette? La question demeure entière. On y répondra éventuellement, je l'espère, du côté de nos collègues.

Alors, ce plan permet d'éliminer complètement les chambres à plus de deux lits. On ne voudra plus qu'il y ait de chambres à plus de deux lits au Québec. On veut que les toilettes — c'est très prosaïque, mais c'est très réel comme besoin pour les personnes âgées en perte d'autonomie — soient mitoyennes aux chambres et non pas à l'autre bout du corridor. On veut que les corridors, dans leur largeur, soient aux normes, que les chambres soient biens aérées, bien éclairées, qu'il y ait des espaces de vie qui soient beaucoup plus conviviaux. C'est très intéressant d'ailleurs d'aller visiter ces nouveaux, les derniers modèles, entre guillemets, de CHSLD qu'on a fait construire et de voir la différence absolument incroyable de qualité de lieu entre ça puis les plus vieilles institutions. On veut donc remettre à niveau les installations partout au Québec.

En même temps, ce qu'on fait, c'est qu'on planifie les besoins de places supplémentaires. J'ai expliqué, ce matin, qu'on pensait qu'au net, au Québec, on aurait besoin de 1 000 nouvelles places. Ce n'est pas dans toutes les régions. Il y a des régions qui vont en avoir plus que d'autres, dont la Montérégie. Si on regarde la situation en Montérégie notamment, ce que j'appelle, moi, la «Montérégie orientale», Granby et régions avoisinantes, il y a un grand nombre de retraités qui vont s'établir là. Donc, on planifie au cours des prochaines années qu'il va y avoir une surabondance, entre guillemets, de personnes âgées et très âgées dans cette région-là. On a donc besoin d'améliorer notre quantité de places en CHSLD. On va donc le faire. Et c'étaient les 1 000 nouvelles places qui s'ajoutent aux 3 000 places à rénover dont je viens de parler.

Il y a d'autres formules également qu'on va vouloir continuer d'explorer, les fameux projets novateurs de partenariat. Il y a des projets également de plus petites unités à Montréal pour lesquelles on a donné un accord de principe. Il y en a combien?

**Une voix:** Un par centre de santé, 12.

**M. Couillard:** Alors, 12 installations de plus petite taille. Au lieu de faire un gros CHSLD, les plus petits milieux de combien de places?

**Une voix:** 40...

● (21 heures) ●

**M. Couillard:** 40 places environ qui fonctionnent beaucoup plus par îlot de vie et par environnement plus attrayant, là, que les grands CHSLD. On a déjà autorisé l'agence de Montréal à débiter ces projets-là. Il y a eu des expériences également à Montmagny, près de Montmagny, à Saint-Pamphile, je crois, des îlots qu'on a faits en partenariat, des îlots d'appartements supervisés, un peu selon l'inspiration danoise, là, où on commence à vraiment vouloir développer ça. Alors, je pense qu'on a là la voie de l'avenir.

Et c'est un travail qui va devoir continuer sur les 10, 15, 20 prochaines années, compte tenu de l'évolution

démographique. Lorsque, nous-mêmes, nous ferons partie de ce groupe de personnes de plus de 65, 70 ans, on aura des besoins. La plupart d'entre nous serons en santé, j'espère le plus longtemps possible, mais il y aura mathématiquement des personnes qui auront besoin de soins pour la perte d'autonomie. On veut tous vieillir puis on veut tous que nos parents vieillissent dans un environnement qui n'est pas une institution, mais avec des bons soins, et je pense que c'est pour ça qu'il faut continuer ce mouvement-là. Ce n'est pas un mouvement qui va s'arrêter avec la législature actuelle, c'est plusieurs années de travail encore devant nous et qu'il ne faudra pas interrompre.

**Le Président (M. Kelley):** Oui, M. le député.

**Une voix:** Oui. La réponse me convient, merci.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée de Soulanges.

#### **Projets novateurs pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie**

**Mme Charlebois:** Oui, merci, M. le Président. J'aimerais continuer un peu dans le contexte où on parle des aînés. On sait que les communautés se voient vieillir évidemment, et la principale préoccupation, c'est la capacité de pouvoir demeurer chez soi tout en ayant l'assurance qu'on puisse répondre aux besoins, avoir un soutien adéquat. Et je parle en connaissance de cause, là, je regarde mes parents, mes grands-parents... bien ma mère en fait, parce que mon père n'est plus là, mais, bon, ma mère, mes beaux-parents, c'est des questions auxquelles ils font face.

Alors, les ressources d'hébergement existantes sont appelées à s'adapter à de nouvelles réalités, les nouveaux modèles doivent être développés pour répondre à des besoins criants. On sait qu'en mai 2003 4 millions ont été annoncés pour le développement de nouveaux types de ressources alternatives, c'est-à-dire une première de trois phases qui allaient totaliser 12 millions pour 32 projets rejoignant 500 usagers. Alors, pour répondre aux besoins des personnes âgées tout en tentant d'absorber le choc démographique de la façon la plus efficace et la mieux adaptée, ce qui est un enjeu de taille, pouvez-vous nous dire quels projets novateurs peuvent répondre à ces aspirations?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Voici, selon nos discussions, il y a à peine quelques minutes, des éléments qui vont devoir également être offerts plus largement au Québec, au cours des prochaines années. C'est ce que, nous, on a appelé les projets novateurs, parce que c'est novateur au Québec, mais c'est quelque chose qui existe ailleurs, notamment en Europe. On a donc, avec 12 millions de dollars, autorisé des projets, 12 projets qui existent actuellement, qui rejoignent 500 personnes.

Alors, le principe de base, c'est qu'on a un partenaire qui est une résidence privée, un organisme communautaire, une coopérative d'habitation, une municipalité qui s'occupe du maintien de l'édifice lui-même, et le système de santé, à travers les centres de santé et de services sociaux, et plus particulièrement les CLSC,

donne des services dans cet endroit-là et accroît les services à mesure que la perte d'autonomie s'accroît. Donc, la participation du ministère se fait par une subvention au centre de santé et de services sociaux qui lui permet d'assurer ces services-là en intensité croissante, ce qui permet de conserver, dans ces milieux-là, des gens jusqu'à un niveau de soins de trois ou quatre heures par jour, ce qui est un niveau de soins, entre guillemets, classiquement, où on envoie... où on recommande que les gens aillent en centre d'hébergement de soins de longue durée. Premier avantage. Deuxième avantage, ça permet de garder les couples unis. Et ça, c'est majeur. Ça a l'air d'un détail pour certains, mais on sait ici, autour de la table, à quel point c'est important quand les gens sont mariés depuis 50, 60 ans et qu'il arrive un moment où l'un d'entre eux est obligé de quitter pour aller en institution, c'est un drame. Alors, lorsqu'on peut les garder ensemble, et c'est possible dans ce type d'installation là, c'est de loin préférable.

On fait un suivi également de cette expérience-là. Il y a 31 projets pour 12 millions de dollars. On veut s'assurer que la formule répond aux besoins. À date, les échos qu'on a, c'est que les gens sont très satisfaits. Il y a d'ailleurs eu des reportages aux nouvelles là-dessus, à quelques reprises, les gens sont contents — à Richmond en particulier, il y avait eu un reportage sur cette question-là — les gens sont contents, ils disent: C'est comme chez moi, je me sens bien, et même s'ils ont des périodes de perte d'autonomie importante. Et enfin on estime que la plupart des gens vont pouvoir y demeurer jusqu'à la fin de leur vie et dans un cadre qui est quand même plus convivial.

Alors, il va falloir continuer à développer ça, bien sûr par des nouveaux crédits mais également par la transformation des services, ce dont on parlait ce matin. Je pense que c'est très possible, et ça va être fait notamment à Montréal. Lorsqu'on a, entre guillemets, un surplus de lits de soins prolongés, par rapport à l'objectif de 3 % qu'on s'est fixé, ce qu'il faut faire, c'est transformer les budgets qu'on consacre à ces lits en soins à domicile ou à ce type de projet là. À Montréal, ça voit le jour un peu plus lentement. C'est pour ça qu'on a commencé à donner l'autorisation de ces projets de 40 places, qui ne sont pas vraiment tout à fait des projets de ce type là, qui sont des établissements de plus petite taille qui vont donner des soins prolongés. Mais il faut absolument que ce genre d'expérience là continue au Québec, et on y voit également beaucoup d'espoir pour les personnes âgées.

Il y a plusieurs partenaires. Il y a une équipe de chercheurs de l'institut de gériatrie de Sherbrooke qui fait une évaluation, parce qu'il faut toujours évaluer quand on fait quelque chose de nouveau, et on va vérifier quelles sont les personnes qui sont desservies, les caractéristiques du milieu de vie, l'organisation des services, les rôles et responsabilités des partenaires, les modalités de financement. On aura donc un rapport sur cette évaluation qui sera la base d'un guide pour les régions, pour mettre en place ces projets-là.

J'indique aux collègues députés autour de la table que, si, dans leurs comtés respectifs, il y a des gens qui veulent développer des projets semblables, on a, au ministère, un cadre de référence qui explique aux gens quelles sont les caractéristiques requises, comment les soumettre à leurs agences régionales, etc., et on est bien

sûr heureux de collaborer avec ça s'il y a des projets qui voient le jour.

On m'a rappelé, pour le député de Montmagny-L'Islet, que les îlots d'appartements supervisés, c'est à Saint-Pamphile et à Montmagny, à Montmagny-L'Islet, hein, les deux, et c'est une autre belle expérience également qu'on va pouvoir mener à bien. Voilà.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée de Soulanges.

**Mme Charlebois:** Oui, merci, M. le Président. D'ailleurs...

**Le Président (M. Kelley):** Oh! pardon...

**Mme Charlebois:** Oui, allez-y.

**Le Président (M. Kelley):** ...M. le ministre.

**M. Couillard:** ...site du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est encore plus simple que de téléphoner pour l'avoir. S'il y a des gens dans vos circonscriptions qui veulent monter des projets comme ça, sur le site Web du ministère, on a le cadre de référence pour expliquer comment soumettre les projets.

**Le Président (M. Kelley):** Merci, M. le ministre, pour cette précision. Mme la députée de Soulanges.

**Mme Charlebois:** Bien, je veux profiter de l'occasion d'ailleurs pour parler d'un exemple de succès dans ce sens-là, là, mon Dieu! la Coopérative de solidarité de La Seigneurie de Vaudreuil, qui est dans la MRC de Vaudreuil-Soulanges, en fait qui sert 16 personnes. Et je sais que la population de Vaudreuil a déjà ce service-là là-bas, mais c'est un modèle qui se veut assez à succès, et je connais des gens dans Soulanges qui veulent reproduire le modèle.

#### **Fonctionnement et bilan du programme de visites d'appréciation des CHSLD**

Maintenant, je voudrais aborder la question des visites d'appréciation, si vous me le permettez. M. le ministre, vous savez qu'ayant déjà été membre de la Commission des affaires sociales je me souviens que c'est un sujet qu'on avait touché lors de nos travaux, et je me souviens que j'étais très partisane des visites en centres de soins de longue durée pour les personnes âgées, et je sais que c'est quelque chose qui sert à mesurer la qualité des services aux résidents hébergés. En novembre 2001, le rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse intitulé *Rapport sur l'exploitation des personnes âgées* conclut à l'exploitation physique et psychologique, morale et financière des personnes âgées. Alors, toutes les visites ont permis certainement des avancées.

Je peux par ailleurs vous certifier qu'il y a eu des avancées, je pense notamment au CHSLD Coteau-du-Lac, une des municipalités qui fait partie de mon comté, où il y a eu de très bons résultats. Et je vous dirai que c'est assez motivant pour le personnel, pour les gens, les bénévoles qui vont oeuvrer à cet établissement-là, mais

c'est aussi motivant pour l'environnement familial et ça incite à reproduire des équipes à succès comme ça.

Alors, je me demandais, M. le ministre, si vous voulez nous parler de l'effet mobilisateur mais aussi de comment s'effectuent ses visites d'appréciation et nous donner un peu un bilan.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, c'est effectivement un élément dont nous sommes particulièrement fiers parce que ça fait partie des actions qu'on peut mettre en place lorsqu'on est en politique, lorsqu'on est au gouvernement, qui ont un impact direct sur la qualité de vie des gens. On sait à quel point la question de la qualité des services, des situations des aînés dans les établissements à juste titre soulève l'inquiétude puis également la préoccupation des citoyens. Il y a eu, depuis plusieurs années, de nombreux rapports, autant de la Commission des droits de la personne, le Vérificateur général, récemment la Protectrice des citoyens, qui ont attiré et continuent à juste titre d'attirer l'attention du public sur cette question-là. De sorte qu'à la suite de l'épisode malheureux de Saint-Charles-Borromée, dont on se souvient, vers 2003, à l'automne 2003, nous avons décidé de mettre en place ce programme de visites d'appréciation dans les établissements d'hébergement de soins de longue durée. Et je dirais que l'expérience a été positive à un point tel que maintenant on a étendu la formule des visites d'appréciation aux ressources intermédiaires, aux ressources de type familial, également aux centres jeunesse, qui auparavant n'étaient pas sujets à ces types de vérification là.

● (21 h 10) ●

Alors, comment avons-nous mis sur pied ce programme de visites là? Il faut d'abord rappeler qu'il y a, au Québec, 468 CHSLD qui regroupent environ 46 000 personnes, incluant les moins de 65 ans. Il y a des établissements, comme Saint-Charles-Borromée, qui accueillent des gens plus jeunes avec des handicaps lourds, par exemple. En gros, les personnes âgées, c'est environ 36 000 personnes qui sont en CHSLD, au Québec. À fins de comparaison, c'est 85 000 en résidence privée, et la vaste majorité des autres, c'est des personnes autonomes qui sont soit à domicile soit en résidence privée, en très bonne condition. Alors, il faut toujours rappeler ça, parce que le visage du vieillissement au Québec, ce n'est pas uniquement un visage de perte d'autonomie et de soins médicaux, c'est, dans la majorité des cas, un visage d'activité puis de participation à la société.

Alors, on a donc décidé de mettre sur pied ces visites de façon programmée et de façon inopinée également, on fait les deux, on en fait de façon programmée et on en fait de façon inopinée. Lorsqu'on entend parler... Puis, moi-même, je suis très à l'affût de tous les indices que j'ai, dans les contacts que j'ai avec les citoyens, de ce qui pourrait nous amener à demander une visite immédiatement. Et je peux citer quelques exemples, là — je ne le ferai pas parce que le temps nous manque — où je suis dans un événement public, une personne vient me voir: Monsieur, je voudrais vous parler de quelque chose qui me préoccupe au sujet de mon père ou de ma mère à tel établissement. Quand c'est quelque chose de négatif, parce que des fois les gens viennent nous parler en bien des services, mais quand c'est quelque chose de négatif,

rapidement la chose est communiquée, et on fait une visite d'appréciation.

Il a fallu également faire en sorte que ces visites soient crédibles quant à leur formule et la façon dont elles procèdent. C'est certain que, si on avait envoyé des équipes, malgré leurs compétences, soit du ministère ou des agences régionales, la réaction des citoyens aurait été de dire: Bien, c'est le système qui s'autoévalue, c'est donc qu'on tourne en rond. Alors, c'est la raison pour laquelle on a décidé de faire des équipes mixtes avec deux personnes qui viennent du réseau de la santé, qui ont une expertise particulière dans le domaine des personnes âgées en perte d'autonomie, mais deux personnes extérieures au système de santé: un représentant du Conseil de protection des malades et un représentant de la table régionale de concertation des aînés.

Ils vérifient l'environnement humain, l'environnement physique, d'ailleurs les améliorations immobilières dont on parlait tantôt font souvent suite aux visites d'appréciation; les droits des résidents; les comités des usagers, les comités des usagers, et les parents des personnes hébergées, et les personnes elles-mêmes sont rencontrées en privé par les équipes d'appréciation; le mécanisme d'examen des plaintes, et, chaque fois qu'il y a des lacunes qui sont notées — parfois il y a de bons services qui sont notés, il faut le rappeler — et c'est une nouvelle qui fait partie des décors de chaque publication de rapport, il y a un plan d'amélioration qui est demandé et produit dans les 60 jours, avec un suivi par l'agence et les établissements, de façon à ce qu'on améliore les choses, et, si nécessaire, on retourne vérifier dans l'établissement qu'il y a eu effectivement une progression. Et ça a des résultats: j'ai cité, l'autre jour, à l'Assemblée, le cas du CRSSS de Trois-Rivières, la Résidence Cooke qui a eu vraiment des bilans très négatifs dans les médias, suite aux visites d'appréciation, et qui maintenant se trouvent dans les établissements performants, où les soins sont très de bonne qualité.

Ce qui est apparu dans les visites, c'est la question de la formation du personnel. Alors, on a divisé cette formation en deux étapes, deux groupes: il y a la formation des gestionnaires, des dirigeants des établissements, qui est complétée, et il y a la formation des préposés aux bénéficiaires, qui va commencer au début de l'année 2008. Ça fait partie des ententes qu'on a négociées avec les syndicats lors des dernières négociations du secteur public. Il y a 14 millions de dollars qui vont être consacrés à la formation des préposés aux bénéficiaires, surtout dans leurs contacts avec les personnes avec des troubles cognitifs et dans leurs approches avec les personnes.

Il y a, sur le plan du bilan, à date, 83 visites qui ont été réalisées. Il y a trois équipes de santé mentale... 83, pardon, seulement pour les ressources intermédiaires de type familial. Il y en a d'autres qui ont été... en plus grand nombre qui ont été réalisées, plus de 100 visites ont été réalisées pour les CHSLD. Mais, pour les ressources intermédiaires et de type familial, il y a également des personnes âgées, il y en a eu 26 pour les clientèles de personnes âgées; 11 en clientèle jeunesse; 25 en clientèle de santé mentale; 21 en déficience intellectuelle. On a des équipes qui sont données et qui sont consacrées à ces milieux-là qui sont différents des milieux où on retrouve des personnes âgées hébergées.

Donc, il va falloir, M. le Président, continuer ce programme-là. Ça ne remplace pas d'autres exercices auxquels on se livrera au cours des prochains mois, mais la véritable façon d'agir concrètement dans la qualité de vie des gens, localement, dans leurs institutions, c'est d'intervenir dans chacune de ces institutions et rapidement d'amener des correctifs lorsque c'est nécessaire, autant sur les façons de faire que sur les installations elles-mêmes.

J'ai le chiffre: en CHSLD, c'est 184 visites qui ont été réalisées à date, et c'est un mouvement qui sera perpétuel. Il y aura des visites, je crois, perpétuellement dans les établissements de soins prolongés. Voilà.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Et merci beaucoup pour la discipline des membres. Je vais maintenant mettre fin à notre septième rotation. Alors, je suis prêt à commencer une huitième et je vais céder la parole à M. le député de La Peltre.

### Comparaison des taux d'intégration de médecins étrangers au Québec et ailleurs au Canada

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Revenir sur la question des médecins, cette fois peut-être considérer de façon plus particulière les médecins étrangers. M. le Président, j'entendais le ministre, tout à l'heure, dire qu'au Québec le taux de médecins étrangers qui étaient intégrés était supérieur à ce qu'il se fait au Canada. Ce n'est pas nécessairement les chiffres qu'on a, puis peut-être que le ministre aura l'occasion de nous éclairer là-dessus, parce qu'on compte à peu près 500 nouveaux médecins au Québec pour 3 000 en Ontario. En Ontario, 43 % des nouveaux médecins sont des médecins étrangers, là, ce qui nous donne une moyenne d'à peu près 1 200, 1 290, à peu près, là.

**M. Couillard:** ...chose. Je vais juste préciser brièvement ça parce que c'est deux choses différentes.

**M. Caire:** Juste conclure avec ma question, puis après...

**M. Couillard:** Ce dont j'ai parlé tantôt, c'est...

**Le Président (M. Kelley):** C'est comme vous voulez. Vous voulez poser votre question avant?

**M. Caire:** Oui, puis je vais donner l'occasion...

**M. Couillard:** Oui, mais c'est parce qu'on peut avoir un échange comme ça, puis je vais être très court, là.

**M. Caire:** Très court.

**M. Couillard:** Ce dont j'ai parlé tantôt, c'est le pourcentage de candidats admis dans les facultés de médecine, ce n'est pas le chiffre dont parle le député.

**M. Caire:** Mais enfin...

**Le Président (M. Kelley):** Continuez, M. le député.

**M. Caire:** ...ma question demeure, M. le Président, parce que, dans la même situation au Québec, on parle

d'à peu près 70 médecins étrangers, là, ce qui nous met, nous, dans un ratio où on est effectivement les plus bas au Canada. Est-ce que le ministre peut nous dire pourquoi ce ratio-là est aussi faible au Québec, compte tenu... dans un contexte de pénurie de médecins, là?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, il y a d'abord la comptabilité de ça. Et, comme j'expliquais tantôt pour le calcul des soins à domicile, les dépenses per capita, les gens ne calculent pas la même chose partout de la même façon. Par exemple, en Ontario, on inclut dans le calcul ceux qui obtiennent des cartes de stage comme moniteurs cliniques et qui ne sont pas des médecins qui s'installent en pratique définitive en Ontario; ils sont inclus dans les calculs de médecins étrangers. En Ontario, on estime que, depuis 2002, il y a 771 médecins diplômés hors Canada et des États-Unis qui auraient reçu un permis soit régulier ou restrictif, en Ontario, depuis 2002. Au Québec, on est à 330. Alors, on voit que, compte tenu de la différence de population, on est quand même dans une zone qui se compare.

Il y a également à considérer donc, également, les bassins de population mais les bassins de recrutement, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de doute que le bassin de recrutement pour les médecins étrangers, en Ontario, dans les autres provinces canadiennes, est beaucoup plus vaste que le bassin de recrutement pour le Québec. Au Québec, pour des raisons évidentes, que, je crois, personne ne remettra en question, on insiste sur la maîtrise de la langue française. Alors, le bassin de recrutement de médecins étrangers qui ont une maîtrise de la langue française est beaucoup moins grand; on parle de l'Europe occidentale, de certains pays de l'Asie du Sud-Est, du Maghreb, de l'Afrique occidentale, mais on est beaucoup plus limités que, par exemple, les pays anglo-saxons. Si on va en Angleterre, il y a de fortes chances, si on va dans un hôpital, on va être traité souvent par un médecin qui origine de ce qu'on appelle le sous-continent asiatique, c'est-à-dire l'Inde et le Pakistan, où il y a des centaines et des centaines de milliers de médecins qui sont disponibles et qui sont anglophones pour la plupart. On a également harmonisé les examens de spécialité entre le Québec et le reste du Canada, ce qui nous donne également une chance d'être plus compétitifs. Mais il n'en reste pas moins que, sur le plan du bassin de candidats disponibles, le reste du monde en fait, et le reste de l'Amérique du Nord, est avantagé par rapport au Québec.

Mais, si on regarde le strict rapport en termes de population, je répète le chiffre, depuis 2002, en Ontario, c'est 771 médecins diplômés hors Canada—États-Unis qui ont reçu un permis; au Québec, c'est 330. Et ce nombre-là va augmenter parce que les gens qui sont admis en résidence continuent d'augmenter. Il y en avait 54 en 2007, par rapport à 5 en 2002. Alors, c'est certain qu'on va rattraper du retard, puis on va probablement se situer dans une zone comparable, compte tenu de la population, mais il n'en restera pas moins qu'on aura toujours une difficulté de recrutement par rapport aux provinces anglophones.

● (21 h 20) ●

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

### Motifs de refus de postes de résidence disponibles à des médecins formés hors Canada et États-Unis

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Signaler que, selon les propres chiffres du ministre, là, en Ontario, on a quand même le double de médecins étrangers qu'au Québec. Or, je ne crois pas que la population ontarienne soit le double de celle du Québec.

Mais, ceci étant dit, M. le Président, la réponse du ministre pourrait être satisfaisante s'il n'y avait pas, dans le contexte actuel, des irritants majeurs. Un médecin étranger qui arrive au Québec pour recevoir... pour avoir, c'est-à-dire, son équivalence passe à travers un processus que le ministre a expliqué tout à l'heure, je ne reviendrai pas là-dessus, mais qui fait qu'à la fin de ce processus-là, théoriquement, son diplôme est équivalent à celui d'un diplômé du Québec. Or, je comprends que c'est une entente que les étudiants québécois ont, à savoir que, quand ils s'inscrivent en faculté qui le diplôme, la résidence est automatique, n'en demeure pas moins qu'il n'y a aucun diplômé québécois qui s'est vu refuser une résidence, on le comprend évidemment parce que c'est implicite à leur formation. Par contre, on a 174 médecins étrangers qui ont une équivalence, il y a 87 postes de résidence qui sont disponibles et il y a des médecins, plus d'une centaine de médecins, qui se font refuser une résidence, là. Alors, je ne pense pas que le fait français intervienne dans cette dynamique-là.

Comment on peut expliquer ça, sinon par peut-être une mauvaise volonté, là? Ou il y a peut-être une autre explication, puis je serais très heureux de l'entendre, mais, aux yeux du public, là, on comprend que le fait français ne vient pas jouer là-dedans, là. C'est sûr, sûr, sûr.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Certainement, M. le Président. D'ailleurs, c'est une discussion que j'ai eue tantôt avec la collègue d'Anjou, on a discuté exactement de ça. Je ne sais pas si le député était dans... je ne peux pas parler des présences, des absences, mais s'il a suivi la conversation, on a eu exactement cette discussion-là. Et, moi-même, lorsque j'ai rencontré les représentants des facultés de médecine, j'ai présenté exactement la question comme il vient de la présenter. J'ai dit: Écoutez, il y a un problème de perception quant au manque d'équité et dans la population et auprès des médecins formés à l'étranger, hors Canada—États-Unis, dont nous parlons, qui est le fait qu'une fois avoir eu leurs connaissances ou leurs compétences reconnues par le Collège des médecins ils sont en grand nombre refusés dans vos programmes de formation.

Là-dessus, leur réponse a été claire, et je dois la répéter, parce qu'elle a été dite publiquement par leurs représentants, c'est que les candidats selon eux ne remplissent pas les prérequis pour être admis dans leurs programmes de formation. Pas tous, parce qu'il y en a quand même 54 qui ont été admis. Mais, à la question que j'ai posée: Si vous faisiez un deuxième tour, maintenant que vous savez que vous avez des places libres, est-ce que vous pensez que vous pourriez en admettre plus?, la réponse a été, et dans le public... ça a été donné publiquement également: Non. On a même dit publiquement, du côté

des doyens, qu'un deuxième tour permettrait probablement de donner cinq, six places de plus à des Québécois qui n'avaient pas été placés jusqu'à maintenant.

Alors, bien sûr, il y a le principe de l'autonomie des universités, puis je suis certain que le député ne veut pas le remettre en question. Cependant, il y a la transmission par le gouvernement d'une préoccupation, puis par les citoyens également, d'une préoccupation quant à l'équité du processus. D'ailleurs, les médecins ont déposé une plainte, une demande de recours à la Commission des droits de la personne, alors ils s'estiment certainement lésés, puis la commission aura à se prononcer là-dessus. Les solutions qu'on a apportées sont de deux ordres.

D'abord, une objection, et c'est une objection qui est apportée, c'est que d'abord le taux d'échec aux examens de ces candidats effectivement est beaucoup plus élevé que le taux d'échec des étudiants formés chez nous, pour plusieurs raisons dont le choc culturel, la difficulté de se réintroduire dans le milieu médical après les années d'absence, etc., et l'encadrement est extrêmement lourd et plus lourd que les candidats diplômés dans nos universités. À ça, on a apporté la réponse de bonifier le montant d'encadrement de façon substantielle pour ces étudiants-là.

Bon, ceci étant considéré comme un sujet sur lequel on s'entend, la question était: Comment est-ce qu'on peut rendre le processus — vous dites qu'il est équitable, mais — en apparence plus équitable pour le citoyen? Et c'est là qu'on est arrivés avec cette recommandation qui va être mise en place, qui est mise en place actuellement, d'avoir des conversations entre les facultés de médecine et le Collège des médecins pour améliorer la phase préalable à la demande d'admission. Ce que nous disent les doyens, c'est que: Écoutez, dans la façon dont on évalue ces candidats lorsqu'ils se présentent à nous, on ne croit pas qu'on puisse, en toute honnêteté, les admettre dans nos programmes de formation. Donc, leur solution, c'est de bonifier ou d'améliorer le processus d'évaluation des compétences qui précède la demande d'admission de façon à la rendre plus, entre guillemets, facile et acceptable.

À cela j'ai pointé rapidement, et je pense que l'ensemble de la population le voit également, que, si on avait un processus quelconque qui rend l'évaluation de la formation et des compétences encore plus exigeante qu'il l'est actuellement, la conséquence logique serait, à ce moment-là, qu'on s'attendrait à ce que le pourcentage d'admission de ces candidats qui sont évalués de façon encore plus sévère soit beaucoup plus élevé que le cas actuel. Alors, bon, les conversations vont avoir lieu donc avec le Collège des médecins, avec les représentants des doyens. Avant de parler des détails, on va les laisser travailler ensemble et on va voir avec quelle sorte de solution ils vont arriver. Mais je dirais que c'est un problème dans lequel le gouvernement ne peut pas rester passif, dans lequel le gouvernement intervient, manifeste sa préoccupation, facilite les choses.

Mais il y a deux principes absolument fondamentaux ici, et je ne crois pas avoir entendu un des deux partis de l'opposition vouloir le remettre en question, c'est l'indépendance et l'autonomie des universités quant à leurs programmes de formation et leur processus d'admission et le même degré d'autonomie garanti dans le cadre législatif pour les organismes professionnels. Parce que soyons très prudents avant de prendre sur nos épaules

l'évaluation des compétences et l'admission dans les programmes de formation des facultés. Ceci étant dit, il y a un changement de notre société, il y a un besoin, au Québec, d'immigration qui fait en sorte que tout le monde prend conscience qu'on doit être le plus ouvert possible et le plus accueillant possible pour les professionnels formés à l'étranger.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Alors, je veux rassurer le ministre: oui, j'étais là, oui, j'ai entendu la discussion qu'il a eue avec notre collègue, mais je veux juste souligner que les réponses n'étaient pas satisfaisantes, et elles ne le sont toujours pas, M. le Président. Parce qu'il y a un processus qui a été mis en place, au niveau du Collège des médecins, pour reconnaître les équivalences, et l'idée n'est pas de remettre en question l'autonomie des facultés, mais l'idée est d'avoir en place un processus qui est honnête, qui est intègre, et, quand on demande à un médecin étranger d'aller faire un stage, quand on demande à un médecin étranger de refaire une formation, quand on demande à un médecin étranger de retourner dans son pays d'origine pour être capable de pratiquer, d'avoir une pratique médicale et que, pendant des années et des années... Et j'ai plusieurs cas — que je pourrai soumettre au ministre, si jamais ça l'intéresse — de médecins étrangers qu'on a ballottés, qu'on a «barouettés» — excusez-moi l'expression, là, mais c'est ça, le mot, qu'on a «barouettés» — c'est difficile de ne pas voir là-dedans une certaine mauvaise foi, parce que justement ces gens-là se plient aux règles qu'on édicte, et suivent les recommandations, et, expérience après expérience, se retrouvent à se faire refuser, à se voir refuser la résidence en question ou l'intégration au système.

Et je peux comprendre qu'on favorise l'autonomie des facultés, je n'ai aucun problème avec ça. Par contre, je pense que le ministre va être d'accord avec moi pour dire qu'il y a aussi une intégrité puis une transparence à y avoir dans nos processus. Et, quand on donne un plan à un médecin étranger, un plan de formation, qu'il le suit et que malgré tout il est refusé, bien là de quoi on parle? Est-ce qu'on parle d'autonomie des facultés? De quoi on parle exactement? Et là il y a un grave problème, et c'est à ce niveau-là, je pense, qu'on pourrait intervenir.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** ...l'opposition soit très spécifique, parce que j'ai expliqué la situation, j'ai expliqué les principes en jeu, j'ai expliqué ce qu'on fait. Ce qu'il recommande, c'est, oui ou non, imposer aux universités des quotas puis dire: Vous allez admettre cette personne ou cette personne. Il faut être spécifique, là. Je pense qu'on a traité la situation sérieusement. On respecte les gens des universités, on va plus loin que de simplement reconnaître qu'on n'a pas de juridiction dans leur processus d'admission, puisqu'on les fait travailler puis on les amène à mettre en place des nouvelles solutions. Mais la marche supplémentaire à prendre, que, nous, on ne prendra pas, puis l'ADQ peut annoncer aujourd'hui qu'ils veulent faire ça, c'est d'imposer des programmes de type «Affirmative Action» puis d'imposer des quotas d'admission

aux universités. Est-ce que c'est ça que le député a en tête? Parce que je ne vois pas d'autre solution intermédiaire.

Je pense qu'on a avantage à faire travailler les gens ensemble et leur transmettre, via le gouvernement et les élus, la volonté de la société, qui est d'accélérer ou d'accentuer l'accueil des professionnels étrangers. Mais, au-delà de ça, là, à moins que le député ait des idées ou des recommandations spécifiques... Il dit qu'il est d'accord avec l'idée de l'autonomie des universités, mais là il va falloir qu'il précise qu'est-ce qu'il veut dire à ce moment-là. Est-ce qu'on ordonne l'admission de M. ou de Mme Untel dans tel programme de formation?

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Oui, le député, il va avoir des suggestions. Ceci étant dit, ce à quoi je veux conscientiser le ministre, c'est sur le fait qu'autant le Collège des médecins que les facultés édictent des règles qui sont suivies par les médecins étrangers et qui au final se voient quand même refuser leur intégration, là...

**M. Couillard:** ...respectent leurs règles. Ce n'est pas elles... La faculté de médecine...

**Le Président (M. Kelley):** Non, non...

**M. Caire:** M. le Président, il ne m'apparaît pas que j'ai fini ma question, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** ...je pense qu'on va laisser le député compléter sa question.

● (21 h 30) ●

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Donc, j'ai plusieurs cas et je réitère mon offre de soumettre les cas directement au ministre, des parcours du combattant qui nous ont été portés à notre attention. S'il accepte, moi, je suis tout à fait prêt, là. J'ai plusieurs cas de médecins étrangers qui sont venus me voir, qui m'ont fait part de leur parcours, que j'ai trouvé tout à fait horrible, et je suis prêt à lui soumettre, s'il le veut.

Ceci étant dit, oui, il y a peut-être une solution que je suggère au ministre. La faculté McGill réserve 250 résidences pour des médecins qui viennent de l'étranger et qui vont retourner à l'étranger. C'est 50 000 \$ par année, par médecin, qui sont payés à McGill. Ce que l'Ontario a fait, qui m'apparaît intéressant, qui pourrait être une piste de solution, c'est de réserver ou d'acheter un certain nombre de ces résidences-là — de compenser l'université serait peut-être plus exact; pour un certain nombre de ces résidences-là — qui sont offertes à des médecins étrangers mais dont l'objectif est de pratiquer au Québec. Est-ce que le ministre serait ouvert à une solution de ce type-là?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Ça ne pourra pas fonctionner, M. le Président, parce que le problème, ce n'est pas uniquement une question financière, c'est une question de capacité d'accueil. On a de la difficulté actuellement à trouver des milieux de stage pour tous nos gradués. Alors, il faut quand même rester dans un domaine où on est capables d'assurer la formation, une formation de qualité. Alors,

les places de résidence qui sont planifiées sont des places de résidence pour lesquelles on sait qu'on a des milieux d'accueil pour la formation. On n'est pas en position d'augmenter, là, ce nombre-là.

Je pense que la véritable solution, c'est que ces gens soient traités de façon équitable, oui, on est tous d'accord là-dessus, qu'ils intègrent les programmes de formation avec leurs collègues formés au Québec, ou au Canada, ou aux États-Unis, et qu'ils aient les meilleures chances possible. Maintenant, il faut prendre conscience de certaines réalités. Les échecs aux examens, ça arrive, puis, les cas individuels, je suis bien intéressé à les voir. Je présume que je les ai tous déjà au cabinet parce que tout le monde appelle au cabinet, puis on connaît tous ces cas-là. Il y a des renseignements nominatifs qu'on ne peut pas bien sûr divulguer ici, à l'Assemblée, quant aux résultats d'examen, etc., mais ce n'est pas des situations faciles. Puis il arrive également, en passant, qu'il y ait des candidats québécois formés au Québec qui font leur programme de formation puis qui pochent, ils coulent l'examen de spécialité, puis qui ne sont jamais spécialistes. Ça arrive aussi. Alors, il faut quand même qu'il y ait une équité dans l'approche par rapport à tout le monde, puis il va y avoir des examens pour tout le monde, incluant les examens de spécialité.

Alors, ceci étant dit, je pense que l'effort qu'on fait est important. Le pas suivant à faire serait un mécanisme législatif pour rentrer dans le fonctionnement interne des ordres professionnels et des facultés de médecine, ce que, nous, actuellement on n'est pas prêts à faire parce que c'est des implications très importantes et probablement plus négatives que positives, dans l'ensemble.

**Le Président (M. Kelley):** Dernière question, M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Oui, M. le Président, j'aimerais que le ministre précise ce qu'il veut dire par «il n'y a pas assez de postes de stage». Parce que, moi, je parlais de résidences, là. On parle de 80 postes de résidence non comblés, on parle de 250 postes de résidence que McGill se réserve, où on pourrait demander à l'université de nous en réserver un certain nombre pour favoriser l'intégration de ces médecins-là. Parce qu'il l'a dit lui-même, puis c'est quelque chose qu'on est prêt à reconnaître, le fait qu'au niveau des médecins étrangers, dans l'intégration à notre réseau, pour toutes sortes de raisons, la culture, la culture de pratique, l'environnement, effectivement ça peut représenter une plus grande lourdeur pour la faculté, un médecin étranger versus un diplômé québécois.

Ceci étant dit, si on les met dans des conditions de pratique, par exemple, comme ça se fait à l'Université McGill, bien, évidemment, ce problème-là est déjà résolu parce que c'est des postes qui sont réservés pour des médecins qui sont venus de l'étranger et qui vont repartir. Donc, le problème d'intégration, ils l'ont déjà solutionné. À partir de là, je ne vois pas en quoi ça ne pourrait pas être une solution, par exemple, de réserver un certain pourcentage de ces postes-là pour des médecins étrangers du Québec qui se cherchent une résidence et qui ne la trouvent pas, justement parce que ce que le ministre énonce est un fait. Effectivement, ça peut représenter une lourdeur pour les facultés, ce qui n'est pas le cas dans le cas de McGill, qu'on pourrait compenser et permettre à

des médecins d'aller chercher le diplôme puis de pratiquer au Québec.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, là également, il y a des difficultés pratiques considérables parce que, cette année, de façon ponctuelle — puis on verra si ça se répète l'an prochain — on a des postes non comblés. Mais, l'an prochain, s'il n'y a pas de poste non comblé ou très peu, il n'y en aura pas, de poste disponible non plus. Puis la question de la capacité d'accueil puis du nombre de professeurs demeure entière. Les postes que l'Université McGill a — il faudrait vérifier le chiffre, là, correctement — mais c'est des gens qui, comme le député l'a dit, viennent chez nous faire une partie ou la totalité de leur formation et retournent dans leur pays d'origine, souvent sans même passer leur examen de spécialité puis malheureusement souvent avec un taux d'échecs très élevé aux examens de spécialité. Alors, ça ne règle pas le problème non plus pour les gens qui veulent rester chez nous.

Alors, la vraie solution, la vraie solution, ce n'est pas facile — puis c'est rarement facile, les vraies solutions en général pour des problèmes comme celui-là — c'est que le Collège des médecins puis les facultés de médecine travaillent ensemble, les quatre facultés, qu'on vise à bonifier le processus d'évaluation des compétences. On parle, par exemple, d'ajouter un stage de familiarisation avant de faire la demande d'admission, pour avoir de meilleures chances de bien se présenter au stage puis de réussir à être admis. Ça, c'est le genre d'avenue qui va être prometteuse.

Mais les doyens nous ont rappelé toujours, également, la question de la capacité d'accueil des milieux de formation. Mais on pense qu'il y a moyen de faire mieux qu'on fait actuellement, il n'y a pas de doute, pour le pourcentage d'admission de ces personnes-là. Mais il y aura malheureusement toujours des cas problématiques. On les connaît, les cas individuels dont le député a parlé. S'il veut nous transmettre la liste et les cas, on va être heureux de l'avoir, mais je suppose qu'on a déjà ces cas-là au cabinet, actuellement.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Marie-Victorin.

#### **Mesures envisagées pour combler la pénurie de médecins de famille**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. On va continuer encore un petit peu sur la question des médecins. On va aborder la question des infirmières un peu plus tard parce qu'il y a plusieurs questions qui se posent, mais je veux enchaîner dans le fond avec le même thème que le député de La Peltrie.

Les médecins de famille. M. le ministre, est-ce que vous trouvez normal, vous, que 1,5 million de Québécois n'aient pas de médecin de famille?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, le terme «normal», «anormal» est dangereux, là, je suggère de l'éviter. C'est

regrettable, mais on veut que ça s'améliore. Pourquoi c'est comme ça? C'est la vraie question. Puis malheureusement je suis obligé de rappeler au député que sa formation politique est à l'origine de décisions catastrophiques, ce qui fait qu'on en arrive à cette solution-là.

Alors, oui, on travaille fort pour former plus de médecins. On a retiré les plafonds, comme j'expliquais ce matin, pour les médecins omnipraticiens. On veut assouplir les règles d'organisation de pratique, leur fournir des milieux de pratique qui soient diversifiés et agréables. On va continuer ces efforts-là puis on va, on l'espère, avoir plus de Québécois qui ont un médecin de famille. Il n'y a pas de doute que c'est un défi absolument considérable et prioritaire. Si on demande aux Québécois c'est quoi, le principal problème d'accès aux médecins actuel, ce n'est pas le médecin spécialiste pour la prothèse de hanche que les gens vont mentionner au premier abord, c'est l'accès au médecin de famille pour le suivi notamment des gens les plus vulnérables.

Alors, pour ce qui est du résultat des décisions passées, écoutez, nulle autre que Mme Marois l'a reconnu récemment dans une entrevue avec Paul Arcand. Elle a clairement dit: On a hypothéqué le réseau pour un temps. Effectivement, on a mis une lourde hypothèque sur le réseau de la santé. On va rétablir la situation progressivement avec la graduation des prochaines cohortes. Si on veut que plus de Québécois aient des médecins de famille, il faut continuer — et là-dessus je pense qu'on est d'accord avec le deuxième parti d'opposition; il faut continuer — à répartir les effectifs régionaux de façon équitable, il faut continuer à offrir des milieux comme les groupes de médecine de famille, les cliniques-réseaux et d'autres formules qui vont amener les jeunes médecins à vouloir prendre en charge plus de patients parce que c'est de ça qu'il est question, en bout de ligne.

Il y a les médecins omnipraticiens qui ont à juste titre pointé certains éléments irritants dans l'organisation notamment des activités médicales prioritaires, ou AMP en abrégé, qui ont vu le jour à l'époque où on a eu des urgences désertées par les médecins. On se souvient de l'épisode de Shawinigan, par exemple. Alors, on a mis en place le besoin pour les médecins de faire des heures dans les salles d'urgence et dans d'autres types d'activités, avec probablement comme conséquence que plusieurs ne se joignent pas assez à la pratique en bureau, en cabinet pour le suivi de clientèle. Alors ça, on est à l'écoute des médecins omnipraticiens pour améliorer cette question-là.

Donc, la solution au problème que le député soulève, qui est un problème réel et majeur, c'est former plus de médecins, ce qu'on fait, avoir des milieux de pratique plus diversifiés, des conditions de pratique intéressantes, des rémunérations plus compétitives et des incitatifs qui les amènent à prendre en charge des nouveaux patients. Il n'y a pas d'autre solution que ça. Leur adjoindre également des infirmières cliniciennes praticiennes, qu'on a finalement réussi à introduire au Québec, après plusieurs années d'efforts avec les ordres professionnels. C'est comme ça qu'on va en arriver au résultat qu'on souhaite.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

● (21 h 40) ●

**M. Drainville:** Bien, je suis content que le ministre ait enchaîné sur les solutions parce qu'à un moment

donné, de toujours se faire ramener en arrière, ça devient un peu redondant. Et vous allez me dire que, les causes ne changeant pas, vous vous sentez obligé de les répéter. Mais j'aime bien vous répondre qu'après quatre ans passés comme ministre de la Santé, c'est maintenant vous qui êtes responsable de trouver ces solutions. Et dans le fond ma question, c'est: Est-ce que pour vous c'est un objectif, que chaque Québécois ait éventuellement un médecin de famille? Est-ce que c'est un objectif pour le ministre de la Santé, que les Québécois aient un médecin de famille avec tous les bénéfiques qui s'y rattachent?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien sûr que oui, tu sais. Quelle question! Bien sûr que oui, on veut que tous les Québécois aient un accès à un médecin de famille. Compte tenu du nombre de médecins disponibles, on va y aller de façon progressive, en d'abord favorisant la prise en charge des gens les plus vulnérables de notre société: les aînés en perte d'autonomie, les personnes avec des maladies chroniques, les personnes handicapées, les familles avec des enfants, et progressivement on en viendra au point où tout le monde au Québec aura accès, s'il le désire, à un médecin de famille. C'est un objectif que tous partagent, là, il n'y a personne qui n'est pas pour ça, là. Tout le monde a besoin éventuellement d'un médecin de famille. Mais il faut y aller selon le nombre de personnes qu'on a et selon les répartitions qu'on observe sur le terrain, par les différentes actions dont j'ai parlé tantôt.

Et, s'il faut malheureusement revenir sur le passé, c'est parce que le passé laisse des traces dans le présent, et on souffre actuellement des résultats de ces choses-là. Même 10 ans plus tard, on en souffre encore. Alors, c'est une leçon pour les prochaines générations, pour les années qui vont suivre, il ne faut plus jamais faire ça.

**M. Drainville:** ...à partir de quand allons-nous cesser d'en souffrir, hein?

**M. Couillard:** Bien, vous demanderez à votre chef future, là, parce qu'elle a bien sûr admis toute la question.

**M. Drainville:** Non, non, je pose la question au ministre actuel.

**M. Couillard:** Pas avant 2009-2010, minimum, minimum, puis après, même encore, pour les spécialistes, à cause de la longueur de formation. En fait, on m'indique 2014 à côté. Alors, on a quelques mandats de gouvernement encore à parler de ça.

**M. Drainville:** 2014.

**M. Couillard:** Pour les spécialistes, oui.

**M. Drainville:** Pouvez-vous m'expliquer la mathématique de 2014?

**M. Couillard:** Parce que les cohortes, même quand elles ont commencé à augmenter en 1998, avant qu'elles augmentent à un niveau suffisant pour juste combler l'attrition annuelle, ce n'est pas avant 2003, 2002 qu'on l'a vu. Parce qu'on n'a pas fait ça tout d'un coup, le bond,

là, de 407 à 762. On a commencé par augmenter à 475, puis à 500, puis à 550, puis à 600. Avant qu'on arrive au niveau de gradués puis au niveau de cohortes qui servent à dépasser l'attrition annuelle, il a fallu dépasser de loin le 650, puis ce n'est pas arrivé avant 2003. Puis, pour former un spécialiste, ça prend 10 ou 11 ans. Ça fait que vous avez le calcul. Disons que le problème va être sévère encore jusqu'en 2009-2010 pour les omnipraticiens et les spécialistes. Pour les omnipraticiens, à partir de 2009-2010, on devrait véritablement sentir une différence. Pour le spécialiste, il va commencer à s'améliorer vers ces années-là et il va persister jusqu'en 2014 environ.

**M. Drainville:** Alors, le sommet, là, le sommet qu'on a atteint, en termes de nombre d'admissions, M. le ministre, le sommet qui a été atteint durant les années où le Parti québécois a été au pouvoir, qu'est-ce que c'était en termes d'admissions?

**M. Couillard:** 611 en 2002-2003. Alors, je vais lui donner les chiffres parce que ça va être intéressant.

**M. Drainville:** 611 en 2002-2003? Ça, c'est le nombre d'admissions qu'il y avait dans les facultés de médecine?

**M. Couillard:** Oui. Mais avant on a eu 556, 501, 471, 406, 406, 406. Et, si on regarde l'ajout net de médecins en spécialité, on prévoit, en 2006-2007, 226 ajouts nets, 302 en 2007-2008, 387 en 2009-2010. Où ça devient véritablement intéressant, avec des nombres de plus de 600, c'est à partir de 2011-2012 à cause des durées de formation puis de la lenteur à avoir augmenté les cohortes d'étudiants après avoir constaté l'erreur majeure de la fin des années quatre-vingt-dix. Donc, on a encore des difficultés pour quelques années, ce qui fait que malheureusement on va devoir en parler encore pour quelques années. Mais on en parlera peut-être un peu moins à chaque année à partir de 2009-2010.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Vidons-la donc, cette question-là, M. le Président.

**M. Couillard:** Avec plaisir.

**M. Drainville:** Mme Marois, effectivement, a noté que, si c'était à refaire, elle imposerait des plafonds, hein, pour éviter qu'il y ait un trop grand nombre de personnes qui prennent leur retraite.

**Une voix:** ...

**M. Drainville:** Vous parlez des admissions. Moi, je vous parle des retraites, là.

**M. Couillard:** O.K., parlons des retraites.

**M. Drainville:** Parce que souvent on entend dire que le problème du Parti québécois, c'est qu'il a mis trop de gens à la retraite, trop de personnel infirmier ou encore de médecins à la retraite. Est-ce que pour vous ça, c'est

un problème qu'on vit toujours, ça? Est-ce qu'on vit toujours avec les conséquences de cette décision-là?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, disons que la catastrophe sans nom, M. le Président, c'est d'avoir fait les deux choses en même temps. Il n'y a pas d'exemple connu, dans le monde, de ça. Il y a des académiques, des professeurs d'université, d'administration de la santé, qui viennent étudier le cas québécois. Il n'y a personne qui a ouvert le robinet de sortie puis a fermé le robinet d'entrée en même temps. Et ça a créé une telle instabilité dans le réseau qu'on en vit encore les conséquences. Bien sûr, pour les médecins, on arrive aux années où la plupart de ces médecins ne seraient de toute façon plus en pratique.

**M. Drainville:** ...je suis content de vous l'entendre dire.

**M. Couillard:** Et ça, je l'ai déjà dit plusieurs fois. Le gros problème actuel, c'est le résultat des diminutions radicales d'admission en médecine de ces années-là et de la lenteur à constater le phénomène puis de les accélérer par rapport aux autres provinces canadiennes.

Pour les infirmières cependant, ce n'est pas la même chose parce que les infirmières ont pris leur retraite à des âges beaucoup plus précoces que les médecins, dès l'âge de 50 ans pour beaucoup d'entre elles. Et là on est dans le problème parce que c'étaient les infirmières les plus expérimentées. Moi, je me souviens, j'étais à Sherbrooke, l'infirmière-chef dans la salle d'opération est disparue du jour au lendemain. C'était celle qui était habituée, qui était expérimentée, qui montrait aux jeunes, quand ils arrivaient dans la salle d'opération. Ça a créé des instabilités d'équipe absolument terribles.

Puis je suis content de vous entendre dire qu'on reconnaît le problème parce que c'est une décision très malheureuse. Puis le problème qui est avec nous pour les prochains années, c'est les effets, on peut dire, résiduels des mises à la retraite, surtout pour le personnel infirmier, et les impacts des décisions pour les admissions en faculté de médecine parce qu'à l'époque on s'est fié sur des rapports — puis c'est une autre leçon pour les prochaines années; on s'est fié sur des rapports — des universitaires québécois. Comment c'est arrivé, ça? Il y a eu un rapport au début des années quatre-vingt-dix, au Canada, pour la planification des effectifs médicaux, où on a eu la brillante idée que, vu que la santé coûtait cher, la solution, c'est que ça prenait moins de docteurs pour traiter moins de patients, donc ça allait coûter moins cher. Eh oui, il y a des gens qui ont publié ces études-là, au Québec également, puis on a acheté ça.

**M. Drainville:** Qui, ça, «on»?

**M. Couillard:** Les gouvernements. Le gouvernement de l'époque, les gouvernements canadiens. Puis la différence, c'est que, dans les autres provinces, on a stabilisé les admissions en médecine. Ici, au Québec, on a eu cette chute pendant plusieurs années, qui a très lentement remonté. Parce qu'on ne fait rien à moitié, au Québec, on fait les choses radicalement. Alors, c'est toute la philosophie, là. On est passé d'une philosophie

où on avait trop de médecins, puis c'était un problème. On était là à l'époque, là, c'était une catastrophe, il allait y avoir trop de médecins, ça allait coûter trop cher, jusque maintenant où on sait véritablement ce qui s'est produit. D'ailleurs, M. Rochon, pour lequel j'ai beaucoup d'admiration, là, en a parlé, pendant la campagne électorale, de cette triste époque, là, qu'il a lui-même connue. On est pris avec ça. C'est une cicatrice dans l'histoire du Québec, c'est une erreur grave. Et les gens qui ont été à l'origine de ces décisions-là sont encore dans le paysage politique et y reviennent même au cours des prochains jours, et il y aura lieu de demander des comptes pour ça parce que ces gens-là ont été au centre de ces décisions.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

### Rythme d'intégration des infirmières praticiennes spécialisées

**M. Drainville:** Alors, si on se concentrait un petit peu — merci, M. le Président; si on se concentrait un petit peu — maintenant sur les solutions que propose le gouvernement pour essayer de régler les problèmes qu'il gère quand même depuis quatre ans. Bon, une des solutions qui a été envisagée, c'est les infirmières praticiennes. Vous vous êtes donné comme cible 75 infirmières praticiennes spécialisées. Actuellement, selon les chiffres que j'ai ici, 17 infirmières praticiennes spécialisées pratiquent actuellement, alors que l'objectif est de 75. Ça, ce n'est pas la faute du Parti québécois, là, hein? Alors, comment se fait-il qu'il y ait seulement 17 infirmières, d'après les chiffres que j'ai ici en tout cas, là, qui pratiquent actuellement, alors que l'objectif était de 75, là?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, effectivement, ce n'est pas la même chose. Ce n'est pas des départs, c'est des ajouts de personnel dont on parle ici. Alors, le député parle...

**M. Drainville:** Mais là ça dépend de vous, M. le ministre, là, hein, ça ne dépend pas des autres.

**M. Couillard:** Oui, puis c'est une bonne idée...

**Le Président (M. Kelley):** La parole est au ministre.

**M. Couillard:** Et c'est d'ailleurs notre fierté d'avoir introduit ça. C'est nous qui l'avons introduit, les infirmières praticiennes...

**M. Drainville:** Mais je pense que la loi n° 90, c'est le Parti québécois qui l'a adoptée.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député, M. le député, la parole est au ministre, s'il vous plaît.

**M. Couillard:** Donc, on a introduit les infirmières praticiennes spécialisées. C'est vrai que la loi n° 90, c'est un élément utile...

**M. Drainville:** Mais ça a été adopté par le PQ?

**M. Couillard:** Bien, oui.

**M. Drainville:** Bon, bien, alors, il faudrait le dire.

**M. Couillard:** Bien oui, mais je le dis souvent.

**M. Drainville:** Bien, merci.

**M. Couillard:** Il y a eu quelques bonnes idées. Jean Rochon aura été un excellent ministre de la Santé en termes de résultats parce que c'est un excellent homme, puis c'est quelqu'un qui avait des bonnes idées puis des grands principes, puis il y a beaucoup de gens qui l'admirent encore au ministère de la Santé, s'il ne s'était pas fait torpiller par son gouvernement à l'époque. Puis il va être le premier à vous le confirmer, quand vous lui parlerez en privé de cette époque-là. Maintenant, pour les...

**M. Drainville:** Qu'est-ce que vous voulez dire?

**M. Couillard:** Au même moment où il faisait le virage ambulatoire, au même moment qu'il faisait ça, on a mis les gens à la retraite puis on a coupé les budgets en santé. Ça a pris quatre ans pour récupérer le niveau de financement de la santé, entre 1994 et 1998, pendant qu'il faisait une réforme majeure comme le virage ambulatoire.

**M. Drainville:** Alors, les infirmières praticiennes, comment ça se fait que...

● (21 h 50) ●

**M. Couillard:** Alors, je vois qu'on évacue le sujet. Donc, on revient aux infirmières praticiennes. Alors, il y a deux types d'infirmières praticiennes: les infirmières praticiennes spécialisées, celles dont parle le collègue, qui sont actuellement en cardiologie, en néphrologie, en néonatalogie. Effectivement, il y en a 17 qui travaillent dans le réseau, six en cardiologie, cinq en néonatalogie, six en néphrologie. Il y a six qui pratiquent dans les établissements, qui sont en attente de passer leur examen de certification, deux en cardiologie, deux en néonatalogie et deux en néphrologie, et 14 de plus prévues en 2007. Donc, on va être à 20, on va être à 37. C'est encore loin de l'objectif.

Un des éléments qu'on a constatés, c'est: le programme d'intéressement au coût d'environ 9 millions de dollars qu'on a mis en place, de subvention des établissements et de bourses pour les étudiants, n'est pas assez intéressant. On l'a donc bonifié en doublant le montant des bourses, en augmentant la subvention et la stabilisant, en subventionnant les établissements de façon plus stable, pour qu'elles soient bien compétitives au niveau des budgets de fonctionnement. On vise toujours l'objectif de 75 infirmières dans ces trois spécialités-là. On va y arriver parce que le programme maintenant est beaucoup plus intéressant.

Pour les infirmières de première ligne, parce que, là, ça fait partie de la solution pour les infirmières de première ligne, on a finalement obtenu... Puis je dois dire que je suis quand même content de voir que les médecins ont fait un gros bout de chemin là-dedans au cours des deux dernières années. Ça a été très long, mais on a fini par y arriver, à publier un règlement, qui est paru d'ailleurs dans la *Gazette officielle*. Il y a un programme d'intéressement également financier qui est similaire à celui que je viens de mentionner. La bonne nouvelle, c'est qu'on va tout de suite pouvoir intégrer les infirmières

praticiennes de première ligne qui ont été formées en Ontario ou au Nouveau-Brunswick, qui désirent travailler au Québec. Il y en a une quinzaine, là, qui sont soit en Ontario pour venir en Outaouais puis en Abitibi, soit au Nouveau-Brunswick pour venir dans d'autres régions. Et par la suite on va continuer avec nos formations actuelles.

Il y a un problème actuel pour l'adoption finale du règlement, qui est un conflit — encore un — entre des corporations et des groupes professionnels, avec les sages-femmes, puis le Collège des médecins, puis les infirmières. Les sages-femmes s'objectent à ce que les infirmières praticiennes fassent du suivi de grossesse. On voit ça souvent dans le système de santé, ce genre de situation là. Alors, on espère que les gens vont se rassembler ensemble, le Collège des médecins, les sages-femmes, les infirmières, pour régler ce problème-là. Et, si nécessaire, on demandera à l'Office des professions de faire un conseil spécial pour régler la situation parce qu'on ne veut pas qu'il y ait plus de retard dans le développement de cette question-là. D'ailleurs, il y avait une rencontre qui était prévue entre le Collège des médecins et les sages-femmes assez prochainement. Et on veut également accélérer l'adoption du règlement. Suite à ça donc, on va pouvoir immédiatement intégrer les infirmières praticiennes de première ligne formées hors Québec, commencer le programme de formation au Québec. Il y a déjà l'Université Laval qui s'est mise sur les rangs pour former une cohorte. Et on espère par la suite avoir d'autres universités qui vont également offrir la formation.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à ce bloc. Maintenant, Mme la députée de Soulanges, la parole est à vous.

**Mme Charlebois:** Merci, M. le Président. Merci. Je vais vous ramener aux aînés. Mais, M. le ministre, vous allez me permettre de faire un commentaire — M. le Président, plutôt — de faire un commentaire pour faire suite à ce que j'ai entendu dans l'échange précédent. Ce n'est pas tellement de trouver d'où vient le problème, je pense, là, que tout le monde essaie de... Tu sais, là, on dit: Ah, c'est le gouvernement précédent, et tout ça. Le problème, c'est juste qu'on se fait dire... M. le ministre, moi, quand j'entends des gens vous dire que ça fait quatre ans que vous êtes ministre, je l'accorde. Mais, quand on dit que ça prend sept ans former un médecin... Puis ça, c'est le délai minimal. Quand on forme des spécialistes, comme vous l'avez dit un peu plus tôt, ça prend plus de temps. Alors, moi, je veux bien qu'on n'en parle plus, du passé, mais il faut être conséquent puis se souvenir d'où on vient pour savoir où on va. Alors, si les gens comprennent d'où on vient, je pense qu'on va pouvoir arrêter d'en parler, du passé. Mais il faut aussi, de part et d'autre, comprendre les situations et ne pas se marteler. Alors, moi, j'endosse tout à fait vos propos parce que je les vis dans mon comté. Je parle à des médecins, qui ne sont pas nécessairement des libéraux, soit dit en passant, et qui me disent que ça a été une horreur, à cette époque-là, ce qui s'est passé dans le système de santé.

#### **Processus de certification obligatoire des résidences privées pour personnes âgées**

Alors, revenons donc aux aînés. Et, vous savez, tantôt on a parlé des résidences publiques, les CHSLD

en fait; on a parlé des visites d'appréciation, et tout. Et vous savez que je suis une fan des aînés. Vous savez que je fais une visite dans toutes mes résidences privées et dans les centres publics au moins une fois par année, sans nécessairement aviser. C'est mon genre de visite à moi, là. Et c'est quelque chose que j'apprécie beaucoup faire et je suis bien accueillie par les propriétaires de résidence privée, autant que par les gestionnaires de l'État, là, des CHSLD.

J'aimerais ça vous entendre nous parler de la certification dans les résidences pour personnes âgées, mais les résidences privées. Parce qu'on sait qu'en juin 2002 le gouvernement de l'époque avait fait adopter un projet de loi qui visait à mettre en place un registre de résidences privées au Québec, ce qui était une bonne chose pour l'époque. En créant ce registre, on modifiait les lois municipales afin d'habiliter les municipalités à se doter d'un règlement pour les résidences pour personnes âgées, en matière d'aménagement et de sécurité. On créait l'obligation pour les municipalités d'aviser l'agence de santé et services sociaux des nouvelles résidences pour personnes âgées qui se sont établies sur leur territoire, et ce, le 1er avril de chaque année.

La chose qui manquait, à cette époque, à cette loi, c'est qu'aucune mesure visant à s'assurer que les personnes âgées en perte d'autonomie logeant dans ces résidences reçoivent des soins de qualité n'était mise en place et aucun mécanisme de contrôle, de vérification concernant les abus qui sont faits aux personnes âgées hébergées dans ces petites résidences privées. Alors, afin de pallier à ces lacunes, notre gouvernement proposait, avec le projet de loi n° 83, l'élaboration de critères sociosanitaires dont la conformité sert de fondement à l'émission d'un certificat de conformité devenu obligatoire pour les résidences privées.

Alors, ma question: Les résidences privées permettent à plusieurs aînés, en particulier ceux en perte d'autonomie, de demeurer dans leur communauté — ce qui est le cas chez nous — dans des milieux non institutionnels, conformément à leur choix. Conscient qu'elles doivent être assujetties à des normes de qualité minimales en matière de soins et de services, M. le ministre, pouvez-vous nous en parler plus, du processus de certification qui est devenu maintenant obligatoire, que je salue?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Il faut rappeler donc qu'il y a deux fois plus de personnes aînées qui habitent dans les résidences privées qu'il y en a qui sont en centre d'hébergement de soins de longue durée. C'est du simple au double. En fait, c'est même plus, c'est 36 000 par rapport à 85 000 personnes. La plupart sont en situation d'autonomie. Il y en a quelques-unes qui sont en légère perte d'autonomie, d'autres un peu plus, et elles sont dans des résidences où il y a des services.

Alors, il y a eu un premier geste — d'ailleurs, le député va être content, je vais souligner un geste du gouvernement précédent qui était un préliminaire à ce qu'on a fait avec la certification des résidences — qui a été la mise en place d'un registre des résidences de personnes âgées, pour au moins savoir qui elles étaient, où elles étaient, quelle taille elles avaient. Ce registre a

été mis en place mais ne comportait pas d'obligation de rencontrer ou de réussir certains standards ou quelque processus d'inspection que ce soit, ce qu'on a fait avec la loi n° 83.

Alors, je suis heureux de rappeler que le processus législatif a été complété. Le contrat a été attribué par appel d'offres au Conseil québécois d'agrément pour faire ladite certification. On vient de me donner — ce qui est tout chaud, là, encore, et on pourra le communiquer aux collègues que ça intéresse — le *Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention du certificat pour les résidences de personnes [ainées]*. Je pense que c'est important pour les députés parce que, dans chacune de leurs circonscriptions... Je regarde le député de Montmagny. Au cours de la campagne, je suis allé visiter une petite résidence dans son comté où les gens sont inquiets de l'impact que ça va avoir sur eux, sur la capacité de maintenir leurs opérations, etc. On tient compte également de cela.

Mais on a, dans ce document, le manuel d'application qui va être suivi par les inspecteurs du Conseil québécois d'agrément pour donner les certificats. Et je vais bientôt pouvoir remettre ou on va pouvoir bientôt remettre les trois premiers certificats à trois résidences. En primeur, c'est une résidence à Pierrefonds, une autre à Saint-Raphaël et l'autre à Lévis, qui seront les trois premières résidences privées pour aînés, au Québec, à recevoir un certificat de conformité. Ces certificats seront valides pour deux ans. Il va falloir qu'ils soient renouvelés par la suite. Ils peuvent être révoqués en cours de validité s'il y a un problème qui se présente. La certification ne comporte pas que les critères de service ou ce qu'on appelle les critères sociosanitaires, mais également le respect de règlements de la Régie du bâtiment, du ministère de la Sécurité publique, particulièrement en ce qui a trait à la sécurité de l'édifice et l'incendie, le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation pour l'hygiène et la salubrité dans les résidences, et les municipalités, qui sont également habilitées maintenant à adopter des cadres réglementaires pour les résidences pour personnes âgées.

Alors, il y a plusieurs éléments législatifs qui sont ajoutés à ça, qu'il est peut-être inutile de rappeler maintenant. Ce qu'il faut cependant dire, parce qu'il y a une crainte dans le milieu de personnes âgées à cet effet-là, c'est que le programme de certification des résidences privées ne remplace pas le programme Roses d'or. Le programme Roses d'or va continuer à être subventionné et reconnu. C'est un processus différent. Un processus de certificat de conformité, c'est un processus binaire: ou bien on passe ou bien on ne passe pas; il n'y a pas d'appréciation gradée de la qualité. Tandis que le processus Roses d'or, par l'attribution de ses certificats, a un processus qui reconnaît des échelles d'excellence selon le résultat du processus qui est en cours. Donc, on ne remet pas en question le programme Roses d'or. Je pense que c'est important de le mentionner, particulièrement pour la FADOQ, la Fédération de l'âge d'or du Québec, qui s'est également préoccupée de cette question-là.

● (22 heures) ●

Je crois que c'est un ajout important et je ne crois pas que d'autres provinces canadiennes à ma connaissance aient posé ce geste-là. Je pense que c'est quelque chose qui était attendu par notre société, par également les aînés eux-mêmes. On s'attend à ce que la vaste majorité

des résidences réussissent à obtenir leur certificat de conformité. Le but de ce programme n'est pas de faire fermer des résidences, sauf les cas exceptionnels où les conditions de vie seraient inacceptables, où, là, il n'y aura pas de tolérance bien sûr, mais, lorsqu'on mettra en évidence des problèmes, de donner la chance à la résidence de corriger ces problèmes-là parce qu'on a besoin de ces places en résidence, mais on va être assez strict sur l'application des critères qui sont inclus dans le règlement et dans ce manuel d'application qui est donc disponible au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Donc, une bonne nouvelle, d'ailleurs qui avait été très bien accueillie par les aînés en général lorsqu'on avait fait cette annonce à l'occasion de l'adoption de la loi n° 83.

### **Bilan de la mise en oeuvre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010**

**Mme Charlebois:** Effectivement, parce que ce sont des... Les propriétaires de ces établissements-là sont généreux et, à la limite, je vous dirais que c'est une vocation, les gens le font avec tout leur cœur. Les maisons d'hébergement, les résidences privées, en fait les propriétaires, c'est vraiment une passion que de s'occuper... C'est leur famille, finalement.

Alors, sur un autre sujet. Au Québec, M. le ministre, une personne sur six — j'ai fait des lectures, parce que c'est un domaine qui m'intéresse aussi, c'est un sujet qui m'intéresse aussi; une personne sur six — souffre d'une forme ou d'autre autre de maladie mentale. C'est le Québec qui détient le triste record du plus haut taux de suicide au Canada. On se souviendra que, entre 1998 et 2003, 13 millions récurrents étaient investis à cet effet et, depuis 2003, de 2003 à 2007, il y a maintenant 56 millions d'argent neuf récurrents.

Vous avez ciblé, M. le ministre, la santé mentale à titre de... une priorité, et vous vous êtes engagé à donner des orientations à l'ensemble des partenaires impliqués en santé mentale. Alors, à cet effet, vous avez rendu public le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — La force des liens*, ça a été rendu public en juin 2005, et vous avez été félicité par plusieurs intervenants. Bon, si je prends quelques parutions dans les hebdomadaires régionaux: *Une bouffée d'air frais en santé mentale*, en juin 2005, c'était rédigé par Mme Hélène Fradet, et la citation, c'est: «Au nom de la Fédération des familles et [des] amis de la personne atteinte de maladie mentale[...], je viens saluer l'arrivée du plan d'action en santé mentale que vous venez d'annoncer publiquement.» Il y avait aussi l'Association des groupes d'intervention en défense de droits de santé mentale qui s'était montrée très satisfaite. Et on avait M. Rémy Girard, de *La Presse*, qui disait que vous méritiez une note d'excellence sur votre plan d'action en santé mentale, de même que la Fédération des médecins omnipraticiens... — j'ai toujours de la misère à dire ça — omnipraticiens qui ont appuyé votre plan d'action.

Alors, deux ans maintenant après le dépôt de ce plan d'action, pourriez-vous nous indiquer où vous en êtes rendu dans l'application du plan?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Effectivement, d'abord pour les investissements, aux 56 millions

qu'a mentionnés notre consoeur, il faut ajouter les 15 millions prévus dans le budget de cette année, ce qui va amener les budgets récurrents ajoutés à 71 millions. Ces investissements ont été utiles parce qu'il y a des milliers de personnes de plus qui ont été desservies partout au Québec, en fait 37 % de plus d'adultes souffrant de troubles mentaux ont été servis au Québec par rapport à 2003-2004. On sait également que, pour la question des urgences en santé mentale, c'est un indice qui s'est amélioré dans beaucoup de régions, notamment à Montréal, la durée de séjour des patients atteints de problèmes de santé mentale dans les urgences. Donc, on voit que les effets commencent à se faire sentir. Il faut continuer à mettre en place ce plan-là dans toutes les régions du Québec.

La ligne directrice du plan d'action fait suite à un colloque qui avait eu lieu à Montréal avec les intervenants des établissements de santé mentale qui avaient mis en place les orientations de l'Organisation mondiale de la santé, qui vise une approche plus communautaire, plus en communauté, dans les milieux de vie, des problèmes de santé mentale, qui implique également les proches et les familles des patients, des personnes atteintes. Alors, le titre du plan d'action en dit long, *La force des liens*, et c'est ce qu'il faut rappeler, qui vise à concentrer l'action vers la première ligne non pas au détriment des équipes spécialisées, et c'est important de le rappeler parce qu'il y a eu quelques remarques de certaines équipes au cours des derniers mois, c'est pour justement permettre de dégager les équipes spécialisées, pour leur permettre d'accueillir plus de nouveaux cas, de nouveaux patients et de mieux soutenir les omnipraticiens. D'ailleurs, l'entente qu'on a signée avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec comporte la rémunération des psychiatres répondants qui sont des psychiatres en rapport avec les médecins de première ligne pour leur donner un soutien continu. Il y a également des déploiements d'équipes de soutien en santé mentale dans les centres jeunesse. On sait qu'il y a, dans ces centres jeunesse là, une concentration de jeunes avec des problèmes de santé mentale assez importants.

Donc, il faut continuer. Je crois qu'en général la réaction est bonne. Il y a des craintes au niveau des équipes spécialisées que la réorientation du réseau se fasse à leurs dépens. Je voudrais répéter que le but n'est pas que ça se produise, mais au contraire de leur permettre de libérer leur temps pour donner plus d'accès aux omnipraticiens et aux équipes de première ligne. On va continuer d'investir annuellement dans la santé mentale. On va continuer à suivre la mise en place de nos équipes de première ligne. On veut créer des guichets. Dans le plan d'action, une des choses qui est préconisée, c'est la création d'équipes de guichet unique pour les jeunes et les adultes dans chacun des CSSS. On est en bonne voie de réaliser cet objectif, il y a encore beaucoup de travail à faire. Je dois dire qu'une des régions où c'est lent, c'est à Montréal, parce qu'à Montréal on a les enjeux de type souvent idéologique entre les hôpitaux psychiatriques et les établissements de première ligne qu'il faut surmonter. Il faut amener les gens dans un esprit de concertation pour que tout ça se mette en place correctement.

Sur le plan du suicide, évidemment, c'est un problème de santé publique majeur au Québec. J'ai déjà fait des remarques sur le taux de suicide au Québec et son évolution chronologique au cours des dernières années. Il y a des éléments intéressants pour notre société à

retirer de ça. Il y a un léger fléchissement du taux au cours des deux dernières années, mais il ne faut pas crier victoire, là. Le taux au Québec demeure encore très élevé. Et, même s'il y a eu un léger fléchissement, ça ne veut pas dire, loin de là, que le problème est en voie d'amélioration persistante.

Il y a des mécanismes également qui sont mis en place, je crois, qui vont être très utiles pour la prévention du suicide. C'est notamment la formation de sentinelles. Qu'est-ce qu'une sentinelle? C'est une personne dans un milieu de travail ou un milieu scolaire qui est formée à dépister les personnes à risque dans leur milieu et d'intervenir précocement et de les amener à consulter et à être prises en charge. Il y a 2,4 millions de dollars qui vont être investis au cours des trois prochaines années pour la mise en place de ces réseaux de sentinelles dans les milieux où sont les jeunes surtout.

Maintenant, la réalité du suicide, il faut se souvenir que c'est une réalité double. Si on regarde les statistiques de suicide annuelles, on voit deux pics d'incidents suicidaires: d'abord, les jeunes, particulièrement les jeunes hommes, mais également les personnes âgées. Il y a une première incidence accrue entre 15 et 25, 30 ans, puis il y a une deuxième incidence accrue en haut de 55, 60 ans, pour de multiples raisons, là, qu'il serait trop long d'explorer. Il y a donc deux populations à risque. Chez les jeunes hommes, il y a également les sous-populations à risque, notamment dans les milieux autochtones, où les taux de suicide sont excessivement élevés. Lorsqu'on les associe à des crises d'identité également au cours de l'adolescence, chez les jeunes hommes en particulier, il y a des situations très problématiques qui accroissent le risque de geste suicidaire.

Il faut continuer à se mobiliser comme société sur ce problème-là, réaliser qu'au Québec on a un problème peut-être plus aigu qu'ailleurs. Lorsque je suis arrivé en poste, j'avais demandé à l'Institut national de santé publique de me fournir une tentative d'explication quant au fait que le taux de suicide au Québec demeurerait plus élevé ou était plus élevé qu'ailleurs au Canada. Bien sûr, il y a des méthodes de calcul qui sont différentes, c'est toujours la même chose dans les comparaisons de statistiques, mais je ne pense pas qu'on puisse éliminer le fait qu'au Québec on a un problème plus important.

Et, si on regarde globalement l'évolution avec le temps, on peut dire en général qu'au cours des années soixante, théoriquement, il y avait très peu de suicides, on sait que c'est faux, il y en avait beaucoup, ils n'étaient pas déclarés, pas rapportés, étiquetés avec toutes sortes d'autres causes de décès plutôt que de dire ce qui était véritablement la cause du décès de la personne. À partir de la fin des années soixante, début des années soixante-dix, avec le changement de société qu'on a connu à l'époque, on observe partout dans les pays occidentaux une augmentation graduelle, et au Canada également, du taux de suicide. Et là, vers la fin des années soixante-dix, début des années quatre-vingt, curieusement, dans les autres provinces canadiennes, le taux de suicide se stabilise, alors qu'au Québec il continue de monter. Et la grande question, c'est: Qu'est-ce qui s'est passé dans notre société au cours de ces décennies-là qui a fait en sorte qu'on se retrouve avec un problème de ce type-là? Il y a plusieurs hypothèses. Est-ce que le tissu social au Québec s'est modifié plus rapidement, trop rapidement, trop brutalement

par rapport à d'autres sociétés? Les gens n'avaient plus le soutien de leur milieu naturel, de leurs proches, comme on l'a peut-être mieux conservé ailleurs. Il y a toutes sortes d'hypothèses, dont aucune n'est vérifiable véritablement.

Mais j'attire l'attention sur ce fait-là, parce que le suicide, il ne faut pas penser que c'est un problème médical, c'est un problème social, un problème de société, qui devient un problème médical, parce que les gens qui posent des actes suicidaires sont malades, ils sont atteints d'une pathologie qui est souvent une dépression sévère. Ils ont besoin d'être traités, ils ont besoin d'être pris en charge. Mais, au départ de ça, c'est une société entière qui doit se questionner et se poser des sérieuses questions sur ce qui a mené à cet état très malheureux des choses où plusieurs personnes, chaque année, au Québec, et des jeunes personnes surtout mais aussi des personnes âgées, s'enlèvent la vie.

● (22 h 10) ●

Donc, le but du plan d'action en santé mentale, c'est, d'une part, de mieux s'adresser à ce problème du suicide au Québec, mais également à l'ensemble des problèmes de santé mentale, autant les plus graves que les plus courants, par un virage déterminé vers la première ligne, comme l'Organisation mondiale de la santé et d'autres organisations le recommandent, encore une fois pas au détriment des équipes spécialisées, mais de façon à ce qu'elles soutiennent mieux les milieux de première ligne et qu'elles soient plus disponibles.

Je dirais que c'est les deux virages essentiels du système de santé pour les prochaines années, le virage des personnes âgées en perte d'autonomie et le virage de santé mentale. Il faut qu'on réussisse ces deux virages-là parce qu'ils sont un peu le gage de notre réussite, à plus long terme, à contrôler et à mieux répondre aux besoins du système de santé de maintenant et également de celui qu'on aura dans cinq, 10, 15 ans, avec une société qui aura continué de vieillir, qui ne sera pas moins complexe, qui ne sera pas moins tendue sur le plan des relations entre les gens. Et on a un devoir comme société, comme réseau de santé, de veiller à ça. Mais ce n'est pas uniquement la responsabilité du réseau de santé et de services sociaux. Ça commence dans les familles, dans les écoles, dans les milieux de travail. Il faut maintenir une vigilance sans tache et sans arrêt à ce niveau-là. Et on doit le faire tous, individuellement également, dans nos milieux.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le ministre. Tel que convenu, je vais suspendre nos travaux pour 10 minutes. Alors, on va recommencer à 10 h 20. On va suspendre pour 10 minutes. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 22 h 11)

(Reprise à 22 h 24)

**Le Président (M. Kelley):** Mesdames et messieurs, si on veut terminer, il faut commencer.

Alors, merci beaucoup. Je vais essayer de vraiment gérer les 15 minutes, parce que je regarde l'horloge et, si je fais ça correctement, on peut avoir deux rotations de trois fois 15, ça va nous amener à minuit. Alors, ça va être notre neuvième et 10e rotation. Alors, merci beaucoup aux membres de la commission pour votre discipline.

Et, M. le député de La Peltrie, la parole est à vous pour un bloc de 15 minutes.

### Possibilité d'exercer la médecine à temps partiel

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Alors, on poursuit notre bloc avec le ministre sur les ressources du réseau de la santé. On a traité des médecins tout à l'heure. Je voulais apporter une précision à une question que j'ai posée au ministre concernant des médecins qui auraient l'intérêt à faire un peu moins de temps, un trois jours-semaine: c'est au niveau des hôpitaux effectivement et des nombres de postes que ça pose un problème. Par exemple, dans le cas d'un médecin spécialiste, où il y a un certain nombre de postes, le médecin qui fait un temps-partiel occupe quand même un poste.

Alors, je voudrais savoir de la part du ministre si, au niveau d'une réorganisation, il y a moyen de, je ne sais pas, peut-être faire un demi-poste ou scinder un poste en deux, ou en tout cas s'assurer que ces médecins-là qui ont l'intérêt de continuer à poursuivre la pratique mais à mi-temps puissent le faire et qu'on puisse peut-être éliminer les irritants administratifs.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Une précision là-dessus, parce qu'effectivement, tantôt, quand le collègue en a parlé, on est allé aux nouvelles puis on n'a pas encore de réponse définitive, mais le problème n'est probablement pas un problème de Collège des médecins, c'est un problème d'établissements puis de collègues. C'est-à-dire que, dans les plans d'effectif des établissements, ils sont calculés en équivalents temps plein. Alors, souvent, vous avez un nombre  $x$  de têtes de pipe, puis, s'il y en a un qui commence à faire du temps-partiel, bien c'est les collègues qui disent: Aïe, aïe! fais attention, tu vas nous pénaliser sur le plan d'effectif. Alors, évidemment, la vraie solution à ça, c'est qu'on aura plus de médecins puis qu'on va avoir plus de gens pour faire le fardeau de tâches, mais on va certainement regarder cette question-là, voir quels sont les effets néfastes de ça quant au calcul des plans d'effectif, et on veut s'assurer que c'est pris en considération. D'ailleurs, c'est une demande des fédérations médicales depuis longtemps, qu'on procède par équivalents... Mais il faut faire attention parce que ça a également des effets pervers pour les pseudo-dimensions de tâches. En tout cas, on aura l'occasion d'en reparler, là. Mais je comprends... j'ai compris l'origine du problème, mais on va le fouiller davantage, voir qu'est-ce qui en est puis qu'est-ce qu'on a comme solution à envisager là-dessus.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Caire:** Notamment, M. le Président, puis je suis convaincu que le ministre en est conscient, dans un contexte où on a une pénurie de médecins et où, comme on l'a dit d'entrée de jeu, 36 % d'entre eux ont 55 ans et plus, donc commencent nécessairement à penser à la retraite, ce serait, je pense, un avantage marqué, et d'autant plus, M. le Président, qu'il faut aussi être conscient qu'on perd un haut niveau d'expertise quand un médecin quitte la pratique.

### Causes du pourcentage élevé d'infirmières à temps partiel

M. le Président, un autre secteur où il y a pénurie, c'est au niveau des infirmières, bien sûr. Quelque chose que je ne m'explique pas, et j'espère que le ministre pourra m'éclairer là-dessus, parce qu'au niveau des infirmières on parle de 44 % des effectifs qui n'ont pas de poste à temps plein. Alors, je me disais: Dans le contexte de pénurie puis dans le contexte aussi où les ratés que le système peut connaître sont souvent en raison du fait du manque d'infirmières... On parle notamment de l'incapacité d'opérer des blocs opératoires à plus grand volume, c'est souvent la pénurie d'infirmières qui explique ça.

Alors, comment se fait-il que 44 % des infirmières ne trouvent pas de poste à temps plein? J'aimerais entendre le ministre là-dessus.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, effectivement, c'est un problème qu'on doit corriger, puis là je disais, plus tôt dans nos débats, que toutes les parties avaient une responsabilité, incluant les parties syndicales, et voilà un exemple de ça, c'est-à-dire qu'il y a une façon d'organiser le travail, honnêtement, que je trouve qui n'a pas beaucoup de bon sens actuellement et qu'il faut améliorer si on veut garder les infirmières au travail, leur offrir des conditions de travail plus attrayantes, mais il faut qu'il y ait du mouvement du côté syndical.

Je m'explique. Dans la façon traditionnelle d'organiser les postes au Québec, il y a des postes de jour, des postes de soir, des postes de nuit. C'est comme ça qu'on fonctionne. Dans les autres provinces canadiennes, c'est en grande partie, mais pas complètement, en grande partie la rotation des quarts de travail, où tout le monde se partage le fardeau d'avoir à travailler le soir et la nuit. Mais il y en a quelques-unes qui ont des postes exclusifs de jour, soir, nuit quand même, donc il y a une sorte d'équilibre qui se fait. Alors, l'effet pervers d'avoir des postes de ce type-là, c'est que bien sûr tout le monde veut travailler juste le jour. Alors, c'est plus avantageux parfois de ne pas prendre des postes de soir et de nuit — c'est ça, l'effet pervers de ça, de la situation — ça devient plus intéressant d'être sur appel, compte tenu de la pénurie, on est toujours appelé, puis on peut être plus sélectives dans la façon dont on veut aller travailler, ou même, pire encore, d'aller travailler pour une agence privée parce que, là, on a encore plus d'options possibles puis on n'a pas à subir le fardeau d'horaires défavorables.

● (22 h 30) ●

Alors, je pense qu'il y a lieu de faire un travail important. D'ailleurs, on a commencé les contacts avec les syndicats d'infirmières, avec les établissements, pour remédier à ça. La bonne nouvelle, c'est que, pour la première fois depuis longtemps, le contact initial semble positif. Les infirmières elles-mêmes reconnaissent qu'il y a un problème auquel il faut remédier. Alors, moi, j'espère qu'on va pouvoir progresser là-dessus.

Je suis content que le député pose la question parce que je pense que, comme parlementaires, il faut qu'on exprime fortement qu'on a tous l'objectif que les infirmières aient des postes permanents, que ce n'est pas efficace pour le réseau d'avoir une structure d'emploi

comme on a actuellement, mais que ça passe par une réorganisation en profondeur de l'organisation du travail dans laquelle tous les partenaires, incluant les mouvements syndicaux, les milieux syndicaux, mais les employeurs de l'établissement également, doivent donner leur contribution. Puis on est prêts à le faire parce qu'on réalise que c'est un défi absolument essentiel pour les prochaines années.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

#### **Plan d'action concernant la réorganisation des soins infirmiers**

**M. Caire:** Oui. M. le Président, je dois dire, pour avoir rencontré de mon côté les dirigeants syndicaux, qu'effectivement il y a une prise de conscience au niveau syndical, notamment sur le problème des rotations. On sait que c'est un problème important pour la jeune infirmière qui entre dans le système puis qui, excusez l'expression, mais qui est condamnée à travailler de nuit pendant cinq ans. C'est sûr que l'attrait de la pratique n'est pas là.

Ceci étant dit, sur les postes à temps complet, sur la rotation, bref sur une réorganisation du travail, j'aimerais entendre le ministre. Quels sont les échéanciers? Quels sont les points qu'il entend mettre de l'avant principalement? Et aussi, au niveau du budget, quelles sommes additionnelles le ministre va mettre dans ces secteurs-là? Parce que, quand on parle de reconnaissance des infirmières, quand on parle de créer des postes à temps plein, bien, évidemment, ça amène, j'imagine, des sommes additionnelles. Quand on parle de rotation, le ministre en a touché un mot brièvement tout à l'heure, il y aura aussi des incitatifs qui ont nécessairement un caractère financier. Donc, à combien le ministre estime le coût de la réorganisation du travail, l'embauche des infirmières à temps plein et la bonification des conditions de pratique qui vont faire en sorte que le privé va peut-être devenir moins attrayant pour les infirmières que le public?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, il y a là des déboursés de plusieurs millions de dollars bien sûr, qui vont s'étaler sur les prochaines années et qu'on va assumer à même les budgets de croissance habituels du réseau, là. On parle probablement autour de 20 millions de dollars à consacrer uniquement à cet enjeu-là.

Encore une fois, les contacts et les préliminaires sont prometteurs. Et je parlais tantôt de la question des rotations puis je suis content que le député y fasse écho également parce que le paradoxe là-dedans, c'est qu'on a des postes vacants. Les gens ne savent pas ça. À cause de ce que je disais tantôt, il y a des postes vacants de soir et de nuit dans les hôpitaux. Alors, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de poste, mais les postes ne trouvent pas preneur. Et on a vu les résultats initiaux. Parce que j'ai fait une déclaration, il y a quelques mois déjà ou quelques semaines, sur la question des rotations. Volontairement, je l'ai fait pour que ça suscite le débat. Puis les premières réactions des syndicats étaient très négatives parce qu'elles se souviennent de l'époque, surtout les années soixante, soixante-dix, où il y avait des rotations un peu mal foutues, là, où les gens étaient obligés de faire plusieurs quarts

successifs, puis ça a causé beaucoup d'insatisfaction. Ce n'est pas comme ça que les autres provinces canadiennes font actuellement, puis, dans les hôpitaux de McGill à Montréal, il y a la rotation qui n'est pas organisée du tout comme ça, puis les gens ne se plaignent pas. Puis, en passant, la rétention d'infirmières est supérieure à McGill qu'au CHUM, avec le système de rotation qu'ils ont mis en place. Ce n'est pas du tout un obstacle à la rétention.

Il y a déjà donc des contacts qui ont été faits. Il y a une rencontre avec l'Ordre des infirmières très prochainement. Il y a des accords qui ont été faits d'abord avec le centre Sainte-Justine, l'Hôpital Sainte-Justine. On a accepté de consentir une prime spéciale. C'est un premier mouvement dans cette direction-là pour les infirmières spécialisées dans les soins intensifs néonataux et pédiatriques, des niveaux d'expertise, là, considérables, puis on ne peut pas se permettre d'avoir des gens qui changent continuellement d'unité dans ces secteurs-là. Pour la région de l'Outaouais, vous avez entendu, cet après-midi, la description des mesures qu'on met en place. On va continuer de faire l'analyse de ça puis de converser avec nos partenaires. Mais on a d'abord, cet été, le souci d'éviter le plus possible les ruptures de service, en utilisant les primes estivales et ces nouvelles méthodes-là. Et on va déposer, probablement en septembre ou octobre, une solution à plus long terme pour attirer et retenir les infirmières, incluant la question des postes, des rotations, etc.

On est d'accord avec les syndicats d'y aller progressivement parce que tout le monde est un peu sur la pointe des pieds avec cette fameuse question des rotations, qui était considérée comme une hérésie jusqu'à très récemment et avec laquelle on commence à se réapproprier. Alors, par exemple, ce qu'on fait en Outaouais, non seulement avec la rotation, encouragée par des primes et d'autres éléments, va être suivi, évalué, notamment sur le recours à l'assurance salaire. Je pense que c'est un bon indicateur. Si le recours à l'assurance salaire des infirmières augmente, c'est qu'on n'est pas dans la bonne zone de solution. S'il se stabilise et qu'il diminue, on est dans la bonne zone de solution.

Mais c'est toujours une surprise pour les citoyens, lorsqu'on parle de cette question des postes des infirmières. Tout le monde connaît une infirmière qui travaille depuis plusieurs années, qui n'a pas de poste. On connaît tous ça dans nos milieux familiaux puis dans les gens qu'on rencontre. Et, lorsqu'on se rend compte qu'il existe des postes qui ne sont pas pris, c'est là que c'est totalement paradoxal. Et, lorsqu'on observe la situation dans les autres provinces canadiennes, on se rend compte qu'au Québec on n'a peut-être pas évolué dans la bonne direction. La bonne nouvelle, c'est que tout le monde semble prêt à faire le mouvement maintenant dans cette direction-là, et on va être au rendez-vous, et on espère que nos partenaires également le seront. Mais les indications qu'on a actuellement sont à cet effet-là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

#### **Projet pilote de bonification salariale en Outaouais**

**M. Caire:** Oui. Merci, M. le Président. Au niveau de la reconnaissance, on en a touché un mot, le ministre

a parlé du projet pilote qui a été mis de l'avant en Outaouais. Très rapidement, est-ce que le ministre peut nous dire, la bonification qui est donnée aux infirmières, ça s'élève à combien? Et quels secteurs ont été ciblés précisément pour la pratique?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, les mesures qu'on a annoncées, le programme d'action en Outaouais, il y avait deux groupes pour lesquels il y avait des mesures de main-d'oeuvre: les infirmières et les médecins. On est prêts, en passant, à regarder d'autres groupes. Si on nous présente des problèmes, en Outaouais, des techniciennes, des inhalothérapeutes, on va regarder également des solutions pour ces groupes-là. Pour les infirmières, c'est 10 millions. En fait, c'est 10 millions par groupe, de mesures qui sont proposées. On parle de primes de plusieurs types. D'abord, des primes d'encouragement à faire des quarts de travail plus longs que le 8 heures. Ça, c'est quelque chose qui est pratiqué également ailleurs. Au lieu de faire du 8 heures, on fait du 12 heures. Et également des primes pour encourager la rotation, dont on parlait tantôt, et une échelle salariale différenciée. Ça, c'est un grand nouveau, là, parce que c'est une demande non seulement des infirmières, mais des médecins pour les infirmières pratiquant dans deux secteurs, les soins intensifs et l'urgence, en Outaouais.

Si on regarde, par exemple, la situation ici, à l'hôpital Laval, on a des difficultés avec les infirmières au cours des prochains mois, en termes de nombre. Mais souvent le problème, c'est la rétention d'infirmières en soins intensifs parce qu'elles n'ont pas vraiment d'incitatifs pour y rester. Et c'est un milieu très stressant, très lourd, et souvent ces infirmières-là se déplacent pour aller occuper un poste ailleurs dans l'établissement. Et on veut donc reconnaître cette expertise-là. Ce n'est pas un mouvement anodin parce que, pendant des années, il y avait plutôt, je ne dirai pas un blocage, mais une hésitation à faire ça à cause de l'effet pervers qu'on craignait sur d'autres éléments d'organisation. Mais je pense qu'on est rendus là, maintenant.

**Le Président (M. Kelley):** Dernière question, M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Dernière, déjà?

**Le Président (M. Kelley):** Oui.

**M. Caire:** M. le Président, vous me surprenez à chaque fois.

Oui, M. le Président, effectivement, c'est un problème que j'avais eu l'occasion de soulever avec le ministre, le fait que les infirmières qui travaillent à l'urgence ou aux soins intensifs, qui sont nettement plus sollicitées au niveau de la pratique que certains autres types de pratique — que je ne veux pas dénigrer, là, ce n'est absolument pas ça, le but — mais on constate que, dans la réalité des choses, c'est le cas, c'est généralement reçu, c'est généralement reçu à peu près partout. C'est, de l'avis d'aucuns, la raison pour laquelle, dans bien des cas, il y a une lourdeur dans le système, notamment le fait qu'on ne puisse pas opérer les blocs opératoires autant qu'on le souhaiterait.

Alors, ma question, c'est: Pourquoi on en fait un projet pilote? Est-ce qu'il y a des réticences syndicales? Est-ce qu'il y a des réticences du milieu à ce qu'il y ait une bonification particulière dans ce type de pratique là? Parce que, moi, ce que j'ai entendu puis ce qu'on m'a dit au niveau des différentes fédérations infirmières, c'est que c'est un problème qui était généralement reçu, le fait que l'infirmière en CLSC soit payée à peu près le même montant que l'infirmière aux soins intensifs.

**Le Président (M. Kelley):** Bien. Dans deux minutes, M. le ministre.

**M. Caire:** Pourquoi on ne peut pas étendre ça...

**M. Couillard:** Bien, il n'y a pas d'objection à l'étendre. D'ailleurs, le but de faire ça en Outaouais, c'est de l'étendre ailleurs après. C'est un peu par consensus avec les infirmières et leur syndicat qu'on le fait de cette façon-là. Parce qu'on va regarder — j'ai parlé tantôt du recours à l'assurance salaire — quel est l'impact sur le temps supplémentaire des infirmières, quel est l'impact sur les conditions de travail, la rétention dans les postes dans ces unités-là. Il y a, chez nos partenaires et nous également, une attitude de prudence.

Maintenant, les institutions comme l'Hôpital Laval... Je peux vous dire que je le suis très, très étroitement parce que c'est un pivot majeur dans notre système de santé. On ne parle même pas d'un hôpital important pour la ville de Québec. C'est un pivot du système de santé du Québec. C'est l'institut de référence en pathologie tertiaire, cardiaque et thoracique, pour tout l'est du Québec. Alors, on ne peut pas se permettre, on ne peut pas tolérer des situations d'instabilité. J'ai rencontré le Dr. Doyle d'ailleurs il y a quelques mois, que le député connaît probablement, qui m'a parlé de ces problèmes-là: problèmes d'instrumentistes aux blocs opératoires, problème de transfert de la chirurgie cardiaque pédiatrique au CHUL. Là-dessus, on est en action sur tous les points.

Maintenant, c'est certain que, si, à l'Hôpital Laval, où on suit la situation de près, de même qu'à l'Institut de cardiologie parce que c'est le même niveau d'institution, on avait une situation qui s'aggrave ou qui devient précaire, on n'hésitera pas à mettre en place des mesures, comme on a fait à Sainte-Justine, pour l'été, là. À Sainte-Justine, on est en dehors de l'Outaouais puis on est allés intervenir parce qu'on craignait des problèmes au cours de l'été, pour la néonatalogie et les soins intensifs pédiatriques. On n'hésitera pas à le faire non plus pour les grands hôpitaux, les grands instituts de cardiologie qu'on a au Québec, autant à l'Hôpital Laval qu'à l'Institut de cardiologie de Montréal.

● (22 h 40) ●

**Le Président (M. Kelley):** Merci, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin.

### Infirmières praticiennes de première ligne

#### Nombre prévu

**M. Drainville:** Juste pour terminer sur les infirmières, M. le ministre, les infirmières praticiennes de première ligne, combien est-ce que vous comptez en former?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, il y a d'abord des infirmières déjà formées qui vont se joindre à nous, on l'a mentionné tantôt. Un renseignement qui m'est arrivé après notre conversation sur les infirmières praticiennes, c'est qu'outre l'Université Laval l'Université de Sherbrooke vient d'accepter également de donner la formation pour les infirmières praticiennes de première ligne. On considère en former 15 par année et arriver à un total de 115, effectivement. Et par la suite on verra à augmenter, si nécessaire, ce nombre-là et les disperser dans les endroits particulièrement problématiques en termes d'effectifs médicaux.

### Secteurs de pratique priorisés

**M. Drainville:** Bon, alors, juste pour faire un peu le portrait général, actuellement, donc, trois secteurs dans lesquels on a des infirmières praticiennes, ou on les a ou elles sont en cours de formation, néonatalogie, néphrologie, cardiologie, on se prépare à accueillir nos infirmières praticiennes de première ligne. Quels sont les autres secteurs où est-ce qu'on veut développer en priorité la profession d'infirmière praticienne? Vers quoi on veut aller?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Il y a deux secteurs qu'on entrevoit actuellement: l'oncologie et la santé mentale. L'oncologie, qui est le traitement du cancer, puis la santé mentale. Je pense que c'est deux domaines d'abord où il y a de l'intérêt des infirmières d'accéder à ce niveau-là. Et il y a un besoin également pour épauler les équipes médicales.

### Niveau de rémunération après le bac et le D.E.C.

**M. Drainville:** O.K. Il y a un problème qui a été porté à notre attention — je ne crois pas qu'on l'a abordé jusqu'à maintenant. Si on l'a fait, je m'excuse d'avance: le fait que les infirmières titulaires d'un diplôme d'études collégiales soient mieux payées que les infirmières titulaires d'un bac. Je ne crois pas qu'on a abordé ça encore, hein, M. le ministre?

**M. Couillard:** ...à l'Assemblée.

**M. Drainville:** Oui. Mais ici on ne l'a pas fait. Alors, bon, le problème vient du fait que les infirmières titulaires d'un D.E.C. ont reçu une correction salariale liée donc au règlement de l'équité salariale, contrairement à leurs consoeurs — je dis «consoeurs» pour la majorité d'entre elles — qui détiennent un bac. Dans le fond, la question est assez simple: Qu'est-ce que vous allez faire pour corriger cette situation? Parce que les infirmières nous disent: Écoutez, ça n'a pas de bon sens que l'infirmière qui a plus d'années d'études soit moins payée que celle qui en a moins.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Ah oui, effectivement, c'est une situation qu'on ne peut pas laisser perdurer. Disons-le, c'est un effet pervers imprévu du règlement de l'équité

salariale. À cause des groupes de comparaison, on est arrivé, en fin de course, avec cet impact-là qui n'était pas prévu et qu'on a constaté rapidement, en même temps d'ailleurs que les infirmières concernées l'ont fait. Il y a, au Conseil du trésor, des conversations actuellement avec la FIQ. Il y a un groupe qui s'est formé pour régler le problème. Et bien sûr on y participe, là, on veut régler ce problème-là. Quant aux échanciers des travaux, je ne sais pas si... Le groupe se met en place, mais, quant aux résultats, d'ici septembre on voudrait avoir réglé le problème.

**M. Drainville:** ...provisionné — c'est du bon français, ça, «provisionné», je crois.

**M. Couillard:** Réserver ou... Je ne sais pas si on peut dire ça, en français.

**M. Drainville:** Mis de côté une somme d'argent pour éventuellement...

**M. Couillard:** On voit que le député n'a plus l'ayatollah de la langue de Radio-Canada pour veiller à son langage.

**M. Drainville:** Je note qu'à 10 h 45, M. le Président, on devient un peu plus détendu. Alors, je ne vais pas relever ça, M. le ministre.

Ma question était donc: Est-ce qu'on a mis de l'argent de côté pour pouvoir éventuellement régler financièrement le problème?

**M. Couillard:** Oui. Le Trésor met de l'argent de côté pour ça, puis, la somme, bien sûr on la dévoilera lorsqu'on aura l'entente. Mais on va régler le problème, là. C'est illogique. On ne peut pas d'un côté encourager les gens à développer des formations puis ne pas récompenser la formation plus longue sur le plan salarial.

**M. Drainville:** Est-ce qu'on parle...

**M. Couillard:** Mais je veux juste quand même ajouter un élément, sur les infirmières bachelères et les infirmières techniciennes, qui est important parce que c'est un problème qui s'est manifesté avant qu'on ait le problème d'équité salariale. C'est que, nous, on est d'accord pour que les infirmières bachelères soient rémunérées de façon différenciée que les infirmières techniciennes, en autant qu'elles font des tâches d'infirmière bachelère. C'est très important. Et, en passant, il y a des postes d'infirmière bachelère pour tout le monde qui en a besoin. Il y a des postes où l'expertise amenée par un baccalauréat est nécessaire, et on va les rémunérer à ce niveau-là lorsqu'elles seront dans ces postes-là. Et, pour rassurer les infirmières bachelères, il y a en masse de postes pour toutes les infirmières bachelères dans le réseau. Mais, c'est important, une infirmière bachelère qui fait un travail d'infirmière technicienne, on n'encourage pas ça, nécessairement. Ce n'est pas une bonne chose pour le réseau de santé.

**M. Drainville:** Les postes d'infirmière bachelère dont vous parlez, est-ce que ce sont les mêmes postes de soir et de nuit que vous évoquiez tout à l'heure?

**M. Couillard:** Bien, souvent c'est moins ça, souvent c'est des postes de coordonnatrice ou des postes dans des équipes multidisciplinaires qui ne sont pas du même type. Infirmières pivots. On me donne l'exemple des infirmières pivots en oncologie ou en santé mentale. C'est une façon intéressante d'ailleurs de pratiquer la profession d'infirmière, actuellement.

Mais on va régler le problème. On est aussi désolé que les infirmières d'avoir constaté cet impact-là du règlement de l'équité salariale.

**M. Drainville:** Je comprends qu'on ne veut pas dévoiler les chiffres d'avance, mais est-ce qu'on parle d'une somme importante? Est-ce qu'on a une fourchette, une espèce de fourchette?

**M. Couillard:** C'est difficile actuellement de le préciser. Ce n'est pas par mauvaise volonté, là, on est en train de faire cette évaluation-là, mais disons que la somme ne devrait pas être hors d'atteinte et elle devrait être pourvue par le Conseil du trésor sans difficulté. D'ailleurs, Mme Jérôme-Forget en fait également une question prioritaire.

**M. Drainville:** Très bien.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la présidente du Conseil du trésor. Parce qu'on ne peut pas...

**M. Couillard:** Ou plutôt Mme la présidente du Conseil du trésor. Même après quatre ans, il m'arrive encore d'oublier qu'on ne peut pas appeler les gens par leur nom, ici.

### Médecins spécialistes

#### Projet de loi abrogeant la Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes

**M. Drainville:** Bon, j'aimerais ça maintenant, M. le ministre de la Santé, qu'on aborde la question des médecins spécialistes. Bon, le gouvernement n'applique plus la loi spéciale pour les médecins spécialistes. Est-ce que vous avez l'intention d'abroger la loi?

**M. Couillard:** Effectivement... J'étais en manipulation de verre de café, M. le Président, je m'excuse.

**M. Drainville:** Est-ce que... D'ailleurs, je...

**M. Couillard:** Pardon? En voulez-vous un? On en a un de trop.

**M. Drainville:** Oui.

**M. Couillard:** Il y a du sucre dedans cependant, hein?

**M. Drainville:** Non, non, non, mais je vais demander. Ça va, ça va. C'est...

**M. Couillard:** Oui. La réponse, c'est oui. On s'est engagés dans l'entente avec les médecins spécialistes,

lorsqu'on l'a signée à l'automne, qu'on déposerait, en cours de session, un projet de loi. Alors, le dépôt est très proche, je m'attends à déposer le projet de loi cette semaine. J'en ai déjà parlé un peu avec le collègue de La Peltrie. Il faudra qu'on s'en parle également parce qu'il y a lieu de planifier ensemble le traitement législatif de ce projet de loi là. Il y a peut-être moyen de voir à son adoption de façon très rapide, par consentement mutuel. C'est un projet de loi de deux articles, ce n'est pas très compliqué. Sinon, bien on verra à différer l'adoption à l'automne, mais je pense que la Fédération des médecins spécialistes serait très heureuse qu'on dispose de ce projet de loi dans la session en cours. Maintenant, il reste à voir le nombre de jours qu'il nous reste dans la session puis si on a le temps de le faire. Mais notre obligation, à laquelle on s'était engagés, était de déposer le projet de loi au cours de la session. Ça va être fait.

**M. Drainville:** Combien de temps il me reste à peu près, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Huit minutes.

### État de la médiation

**M. Drainville:** Huit minutes. Est-ce que vous pouvez nous faire un résumé de l'état de situation relativement à la médiation avec les médecins spécialistes actuellement, sans trop aller dans les détails? Mais est-ce qu'on s'oriente vers un règlement heureux, une conclusion heureuse?

**M. Couillard:** Bien, on l'espère tous. Rappelons le processus qu'on a mis en place. Alors, on a nommé un médiateur, qui est M. Coulombe, qui a jusqu'au 31 août pour faire un rapport de médiation. Si la médiation échoue, ce qui serait malheureux, ce qui n'est pas souhaité par les parties — les deux parties souhaitent avoir une entente dans le processus de médiation — s'enclencherait après un arbitrage, un arbitrage qui nous amènerait au 31 décembre au plus tard, arbitrage exécutoire, à moins que le gouvernement décide de s'y soustraire par une législation qui, dans un contexte minoritaire, présenterait probablement quelques difficultés, disons-le de façon claire. Alors, on a tous avantage à régler ça par la médiation.

La médiation, les travaux actuellement portent sur deux enjeux importants. Il y a d'une part le quantum de correction de la rémunération des médecins spécialistes québécois par rapport à leurs collègues des autres provinces canadiennes, où il y a le travail d'analyse des chiffres d'écart brut sur lesquels on applique les facteurs de pondération tels que la richesse collective, capacité de payer de l'État, productivité, et autres, qui sont mentionnés dans l'entente, pour en arriver à un écart net. On ne sera pas surpris d'entendre qu'on a des visions assez différentes des chiffres, autant sur les écarts bruts que les écarts nets. Donc, premier enjeu.

Deuxième enjeu, c'est ce qu'on appelle l'amélioration de la relation d'affaires sur la base suivante. C'est que, lors de l'entente, on a dit que 50 % des sommes supplémentaires à ce qui était déjà sur la table serviraient à améliorer le climat de travail, et le climat de pratique des médecins, et à travers ça l'accessibilité aux soins pour les patients québécois. Et ça, pour nous, c'est majeur

parce qu'on a déjà commis, avec l'entente de l'automne, à terme, en 2014, 960 millions de dollars, ce qui est une somme considérable en argent récurrent, dont les prochains gouvernements d'ailleurs devront assumer la charge. Quel que soit le parti politique qui, à ce moment-là, occupera le gouvernement, en 2014, il y a au minimum une charge de près de 1 milliard de dollars récurrents qui, on le sait déjà, va être ajoutée au budget de la santé uniquement pour la rémunération des médecins spécialistes. De plus, et là on ajoute en plus avec ça, avec la médiation, une autre somme dont on ne connaît pas l'ampleur, qui nous amène en 2016, deux ans de plus d'étalement.

● (22 h 50) ●

Alors, la façon dont on présente les choses, c'est que, pour le contribuable québécois, il s'agit d'un effort absolument majeur, une lourdeur également, dans le financement, qui est considérable, qui est justifiée, on est d'accord qu'il faut faire un effort pour les médecins spécialistes. Mais il ne serait pas acceptable pour nous puis pour les médecins également, le Dr. Barrette, le président de la fédération, est du même avis... il faut qu'il y ait quelque part des meilleurs services pour la population à travers ces sommes énormes là.

Alors, des exemples de ce qu'on peut faire... Puis je dois dire que là-dessus ça va bien, les idées foisonnent de part et d'autre de la table, autant du côté du ministère que du côté de la fédération, et souvent les idées sont les mêmes, ce qui est encourageant. Ça veut dire qu'on a une vision commune des choses. Je donne un exemple. Si vous regardez le rapport de l'Institut Fraser de l'automne dernier, ce qu'on constate, c'est que, pour l'accès à la chirurgie, au traitement médical spécialisé, le Québec fait très bonne figure. On est dans les premiers pour plusieurs types de chirurgie. Là où le problème fait que le délai s'est accentué, c'est entre l'omnipraticien et le spécialiste. C'est ça, la semaine de plus qui s'est ajoutée dans le délai total calculé par l'Institut Fraser. Ce n'est pas entre le spécialiste et le traitement, c'est entre l'omnipraticien et le spécialiste. Et là il y a lieu d'avoir des incitatifs financiers qui, par exemple, bonifieraient la consultation du médecin spécialiste si le patient est vu en dedans de 30 jours, par exemple, de la demande de l'omnipraticien. On sait que ces incitatifs-là fonctionnent. Alors, il faut mettre en place ces mécanismes-là. On veut également garantir des plateaux techniques: radiologie, salles d'opération plus accessibles, plus d'heures de travail pour les médecins.

Il faut que là-dedans, à travers tout ça, il y ait un gain pour la population. Parce que payer le monde plus pour faire la même chose, ça ne donne pas un iota de service de plus à la population, mis à part l'effet indirect sur la rétention de médecins, qui seront moins portés à quitter le Québec. Mais à date, sur les 963 millions de dollars qu'on consacre déjà, je ne suis pas en mesure de dire à la population à travers ça qu'on a des services améliorés. On a des médecins mieux payés, plus heureux — tant mieux! — qui vont peut-être vouloir rester plus au Québec, mais on n'a pas encore là-dedans de mécanisme qui améliore l'accessibilité aux services, d'où l'importance de ce volet de la médiation actuelle.

**M. Drainville:** ...trop tôt pour parler de montants qui seraient incorporés au budget, aux crédits que nous étudions présentement en vue d'un éventuel règlement.

On parle de sommes d'argent qui vont devoir être dépensées dans quelques années d'ici, hein?

**M. Couillard:** Après 2010. Parce que ce qui est commis déjà et sur lequel on ne revient pas, c'est des ajouts de rémunération pour 2008-2009 et 2009-2010. Pour les médecins spécialistes, c'est 100 millions chaque fois, 200 millions. Ça, c'est commis. Maintenant, il va s'ajouter à ça la correction de 2010 à 2016 qui fait l'objet de la médiation — et on ne souhaite pas de l'arbitrage, mais de la médiation — actuelle. Donc, au moment du règlement de la question d'une façon ou d'une autre, on aura le coût total récurrent à terme de toutes ces mesures-là, qui comportent le rehaussement de rémunération et tous les autres ajustements qu'on fait année après année, qui amènent au chiffre de 963 millions que je mentionnais tantôt.

## Médecins omnipraticiens

### État des négociations

**M. Drainville:** Il me reste quelques minutes pour parler des médecins omnipraticiens. Où est-ce qu'on en est? Souhaitons un règlement avec les spécialistes, effectivement. Est-ce qu'une fois que les négociations avec les médecins spécialistes seront complétées, est-ce que par la suite on doit enchaîner avec des discussions avec la Fédération des médecins omnipraticiens pour discuter également de rémunération? Où est-ce qu'on en est dans la séquence, là?

**M. Couillard:** Ça se fait en même temps. C'est...

**Le Président (M. Kelley):** Si, M. le ministre, on peut résumer ça dans une couple de minutes, s'il vous plaît.

**M. Couillard:** Avec plaisir, M. le Président.

On est en train de le faire, là. Ce n'est pas un après l'autre, c'est les deux en même temps. La différence, c'est que, du côté des omnipraticiens, on a un processus de médiation simple, sans arbitrage prévu. Mais là également on a la même approche de combler l'écart et d'améliorer l'accessibilité aux soins, notamment par des mécanismes... Le député posait plus tôt la question: Comment faire pour que plus de Québécois aient leur médecin de famille? Bien, voilà une des réponses: créer des incitatifs pour pouvoir prendre des nouveaux patients dans sa clientèle puis augmenter le suivi des personnes. Alors, voilà où on en est actuellement. J'ai rencontré le médiateur, M. le juge Michaud, et il semble d'un optimisme quand même intéressant quant à la possibilité d'avoir une médiation réussie. Mais attendons les événements.

### Prise en charge et suivi de la clientèle vulnérable

**M. Drainville:** Est-ce que...

**Le Président (M. Kelley):** ...

**M. Drainville:** Oui. Bon, les activités médicales particulières, là, est-ce que la Fédération des omnis juge opportun d'inclure dans les activités médicales particulières

la prise en charge puis le suivi de la clientèle vulnérable? Est-ce que ça...

**M. Couillard:** Ça l'est déjà, dans une catégorie qui est la sixième catégorie des activités médicales particulières. Dans la mécanique actuelle, une fois qu'on a rempli les heures qu'on doit faire pour les salles d'urgence — je pense qu'il y a l'obstétrique, santé mentale, soins à domicile, CHSLD — la sixième catégorie, qui est ouverte aux régions, c'est n'importe quel projet d'accessibilité en réseau. Alors, actuellement, c'est la façon dont ça fonctionne. Ce que demandent les omnipraticiens par leur fédération, s'inquiétant du délaissement relatif de la pratique en bureau, cabinet par les jeunes médecins pour le suivi de la clientèle, c'est qu'on bonifie davantage, à travers le mécanisme d'AMP, la pratique en bureau et en cabinet, ce avec quoi on est ouverts, notamment dans l'ouverture de nouvelles formules, style GMF2, comme dit le Dr Dutil, qui pourraient nous aider à améliorer le système.

On veut faire attention non plus au pendule. Parce que rappelons-nous que ce qui a causé l'apparition de l'AMP: c'est des crises dans les urgences, de désertification des urgences, là, si je peux m'exprimer ainsi. Il semble peut-être que le pendule soit allé un peu loin du côté des activités hospitalières par rapport aux activités en communauté. Il faut faire attention de ne pas ramener le pendule de l'autre côté pour qu'on ait encore des problèmes dans les salles d'urgence. Alors, on est dans une situation d'équilibre, mais je pense qu'avec le Dr Dutil j'ai souvent eu cette conversation-là. On convient tous les deux qu'il faut peut-être faire plus pour intéresser des médecins à démarrer des pratiques — pas en solo; la plupart du temps c'est en groupe, heureusement — pour suivre plus de clientèle, suivre plus de patients. Alors...

**M. Drainville:** Assurer plus de prises en charge.

**M. Couillard:** Voilà, c'est ça.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le ministre. Maintenant, Mme la députée d'Anjou.

## Dons d'organes

### Statistiques et plan d'action

**Mme Thériault:** Merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, je voudrais vous entretenir d'un sujet qui est complètement différent mais qui touche quand même la santé. Vous savez, notre ex-collègue de Viau a piloté un projet de loi qui a été adopté ici concernant les dons d'organes. J'ai sorti ma carte d'assurance maladie, M. le Président. J'ai sorti ma carte d'assurance maladie parce que je fais partie des gens qui croient sincèrement qu'un don d'organes peut sauver des vies. Et le projet de loi de Bill Cusano, notre ancien député de Viau, à qui succède mon collègue qui est...

**Une voix:** ...

**Mme Thériault:** — non... oui, excusez-moi! Mon Dieu, je suis mélangée dans mes comtés! Ce sera certainement l'heure — auquel succède Emmanuel Dubourg

évidemment, et je considère que c'est un excellent projet, qui peut faire avancer beaucoup de choses. On sait que les listes d'attente pour des dons d'organes sont très longues. Ça tend à améliorer.

Moi, je dois vous dire sincèrement que, lorsque la carte de mon fils de 16 ans, elle est rentrée — vous savez maintenant qu'à 16 ans les jeunes ont beaucoup plus de droits — la première question que je lui ai posée, j'ai dit: Gabriel, maintenant tu as ta carte d'assurance maladie et tu peux faire un don d'organes, si jamais il t'arrive un accident, tu décèdes, tu es branché sur les machines, mais qu'on sait que tu n'as plus d'activité cérébrale ou autre. Je te laisse le choix. Et je considère que c'est intéressant de voir la réaction que les jeunes ont par rapport au don d'organes. Et, sans lui mettre de pression, sans influencer son choix, mon fils a dit: Oui, maman, si ça peut sauver des vies. À 16 ans, j'ai trouvé que c'était quand même assez intéressant de voir que c'est quelque chose qui l'a touché et qui lui a fait dire oui. La mienne est signée aussi évidemment, vous comprendrez.

Et, outre le projet de loi qui a été adopté par l'ancien député de Viau, outre la fondation qu'il a mise sur pied — parce que vous avez certainement été mis au courant que M. Cusano a mis sur pied une fondation pour inciter justement les gens à faire des dons d'organes — vous avez signé une entente de partenariat avec la Chambre des notaires justement pour pouvoir sensibiliser les gens qui font leur testament à des dons d'organes. Moi, je sais, pour vous connaître et vous côtoyer maintenant depuis quatre ans, que c'est quelque chose qui vous tient à coeur.

Ça fait que j'aimerais vous entendre parler de ce qui pourrait être fait éventuellement et s'il y a des statistiques qui sont sorties déjà par rapport à la quantité de personnes qui ont accepté de faire des dons d'organes.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

● (23 heures) ●

**M. Couillard:** M. le Président, ça me fait plaisir d'abord de rappeler le souvenir, aux membres de l'Assemblée, de notre ancien collègue de Viau. Pour les nouveaux députés, l'ancien député de Viau, M. Cusano, était lui-même un transplanté cardiaque, une transplantation cardiaque suite à laquelle il a pu continuer une vie active, dont être membre de l'Assemblée nationale jusqu'à son départ de la vie politique aux dernières élections. Et effectivement M. Cusano a joué un rôle très important dans cette cause-là en général, à l'intérieur et à l'extérieur de l'Assemblée nationale.

Il faut dire que le Québec — encore une fois, tout est relatif — ne fait pas mauvaise figure au niveau canadien, quant au prélèvement de dons d'organes. On est actuellement la province où le taux de prélèvement d'organes par population est le plus élevé. Si mon souvenir est exact, au Québec, on est autour de 19 donneurs par million d'habitants. Dans d'autres provinces canadiennes, c'est 13. Mais c'est moins que dans d'autres pays, comme en Espagne, où c'est 30. Dans ces pays, cependant, il y a une approche qui d'après moi ne serait pas vraiment acceptée par nos concitoyens, sauf erreur, là, l'approche est le consentement par défaut, c'est-à-dire que, à moins qu'on ait dit qu'on ne voulait pas, on est considéré comme un donneur d'organes, ce qui peut présenter certains problèmes éthiques et des problèmes de perception de la part de la population.

Alors, on reste, nous, avec le consentement préalable et, pour améliorer le nombre de personnes qui donnent leur consentement pour éventuellement faire ce don-là, il y a d'une part le processus lié à la carte d'assurance maladie, dont la députée vient de nous parler, mais également quelque chose qui a été introduit dans la loi n° 83, qui est un partenariat avec la Chambre des notaires du Québec, qui vise à créer, par la Chambre des notaires, un registre des donneurs d'organes potentiels lorsque les gens vont visiter le notaire. Et c'est quelque chose qui arrive très fréquemment aux Québécois d'aller chez le notaire, pour toutes sortes de raisons: des achats de propriétés, des testaments, des testaments biologiques, des cessions de documents, etc. Et je dirais que le résultat de ce registre-là dépasse nos espérances, il y a déjà des milliers de personnes qui se sont inscrites. En général, ce qu'on sait, c'est que, par rapport aux visites des notaires, c'est environ 35 % des gens qui acceptent d'être inscrits sur ce registre-là, et ce registre-là, par la suite, peut être consulté de façon sécurisée par les intervenants autorisés, par exemple les équipes de transplantation dans les établissements. Alors, quelqu'un qui, par exemple, arriverait à l'hôpital dans une situation où malheureusement il est éligible à procéder à... il est éligible de procéder, chez lui, à un don d'organes, peut ne pas avoir sa carte d'assurance maladie ou ne pas avoir, pour quelque raison que ce soit, exprimé son consentement de façon claire, si, lors d'une visite préalable au notaire, il ou elle a exprimé son consentement, on va y avoir accès et on va pouvoir récupérer comme ça un donneur que normalement on aurait pu perdre. Alors, on espère avec ça non seulement maintenir, mais même améliorer notre performance au niveau du don d'organes.

Il y a également d'autres éléments qui sont mis en place à travers un plan d'action que notre gouvernement a proposé. Pour améliorer la situation dans les hôpitaux, l'accès aux salles d'opération pour les prélèvements et les transplantations d'organes. Développer également le don entre personnes vivantes, et c'est important de le rappeler, les progrès de la médecine font en sorte que de plus en plus on utilise des donneurs vivants; pour des reins, c'est bien connu, quelqu'un d'une famille qui donne son rein à quelqu'un avec lequel elle est compatible sur le plan biologique. Il y a également maintenant des dons vivants de foie, de tissus de foie, de parties de foie. D'ailleurs, je me souviens qu'au CHUM on a réalisé cette opération-là il y a deux ou trois ans, ça avait été fortement médiatisé à l'époque, et c'est une façon également de faire progresser le nombre de donneurs. Il y a également l'utilisation des donneurs qu'on appelle «par arrêt cardio-respiratoire», c'est-à-dire qu'on sait maintenant, effectivement, avec les progrès de la médecine, qu'on peut également rendre éligibles des personnes plus âgées qui décèdent lors d'arrêts cardiorespiratoires et dont on peut utiliser également des organes pour certaines catégories de receveurs.

Alors, on multiplie actuellement les actions pour maximiser — c'est un mauvais terme, mais je vais l'utiliser — la récolte d'organes pour transplantation à chaque année, puis on sait qu'il y a des grands nombres de personnes qui sont en attente de transplantation. Malheureusement, chaque année, il y a des personnes qui décèdent sur les listes d'attente de transplantation parce qu'il n'y a pas de donneur qui se présente pour régler leur problème. Mais heureusement il y a, à chaque année, des vies qui

sont sauvées grâce aux transplantations, et on veut continuer à encourager la population à exprimer leur consentement soit au moyen de leur carte d'assurance maladie soit au moyen du registre créé avec la Chambre des notaires pour que le Québec demeure en tête de file pour le nombre de personnes qui acceptent de faire ce don-là par rapport aux autres provinces canadiennes et, si possible, se rapprocher de la performance d'autres pays comme celui que j'ai mentionné, comme l'Espagne par exemple.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée d'Anjou.

### État de la situation dans le monde

**Mme Thériault:** M. le ministre, est-ce que vous avez d'autres indicateurs pour les autres pays, autres que l'Espagne, par rapport aux dons d'organes?

**M. Couillard:** Je sais que l'Espagne est un des plus élevés au monde, c'est pour ça que je l'ai mentionné. Les autres, je suis moins au courant.

**Mme Thériault:** O.K.

**M. Couillard:** Il y a des pays où, pour des raisons culturelles, les dons d'organes sont presque inexistantes, où c'est considéré presque inacceptable, pour des raisons philosophiques, religieuses, etc. Mais, dans les pays européens ou nord-américains, c'est plus accepté. Puis les performances varient entre l'Europe et le Canada, mais je dirais qu'encore une fois, au Canada, le Québec n'est pas un mauvais élève, loin de là, dans la question.

**Mme Thériault:** Par rapport aux autres provinces canadiennes?

**M. Couillard:** On est meilleurs, on est les meilleurs au Canada.

**Mme Thériault:** Les meilleurs.

**M. Couillard:** On a 19 donneurs par million d'habitants, alors que, dans les autres provinces, c'est autour de 12, 13.

**Mme Thériault:** 19 pour 12.

**M. Couillard:** C'est ça.

**Mme Thériault:** O.K.

**M. Couillard:** 30 en Espagne, 19 au Québec, 12, 13 dans le reste du Canada.

**Mme Thériault:** O.K. Et, par rapport aux transplantations — bon, vous avez parlé: coeur, poumon, foie — quelles sont les listes d'attente qui sont les plus élevées? Parce que je pense qu'il faut en parler parce qu'effectivement on peut sauver des vies, et malheureusement c'est un sujet qui est souvent occulté ou... bon, ce n'est pas nécessairement tout le monde qui est à l'aise d'en parler, mais... Bon, tout le monde se souviendra de l'histoire de Diane, la première greffée coeur-poumon, qui, voilà 20 ans, était à la une du *Lundi*, là, Diane Hébert,

et, bon, c'est quand même une personne qui a vécu très longtemps, là, on s'entend. Et on voit que la médecine fait beaucoup, beaucoup, beaucoup de progrès, il y a beaucoup d'avancées. Et, moi, je pense que ça vaut la peine d'essayer de voir, au niveau de la promotion, de quelle façon on peut réellement sensibiliser. Bon, là, on voit qu'il y a les notaires. J'imagine que la fondation de Bill aussi va certainement s'affairer dans les prochains mois, sinon dans les prochaines années, à faire mieux connaître le programme pour que justement les gens puissent signer la carte d'assurance maladie.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Mais il y a l'organisme qu'on appelle Québec-Transplant qui est très actif également dans la promotion de cette question-là. Je vais vous donner un élément de détail sur le registre des notaires. Il y a eu 121 000 inscriptions. Là-dessus, 105 673 consentements, 87,3 % des inscriptions sont des consentements, et seulement 12,7 % sont des refus. Parce qu'on peut également, lors de la visite à la Chambre des notaires, refuser son consentement pour des raisons qui sont propres aux gens, qu'on peut regretter, mais qui sont de leurs prérogatives.

Alors, ce qu'a dit la députée, notre consœur, est tout à fait exact. Les progrès de la médecine font en sorte que le nombre d'organes transplantables augmente continuellement. Elle est loin de nous l'époque où c'était uniquement une transplantation rénale dont on parlait. On parle maintenant, bien sûr, de transplantation cardiaque, de transplantation cœur-poumon, de transplantation du pancréas pour certains cas de diabète, d'intestin même pour d'autres types de maladies du tube digestif. Le problème, c'est le nombre de donneurs parce que... Le donneur peut sauver la vie à plusieurs personnes, un don d'organes sauve la vie à plusieurs personnes. Mais paradoxalement notre succès relatif au Québec, il faut bien le dire, dans la diminution des traumatismes routiers a comme conséquence heureuse, là — globalement, c'est une bonne chose qu'on améliore notre bilan routier, quoiqu'il demeure très problématique au Québec par rapport au reste du Canada — fait en sorte que les donneurs potentiels ont diminué en nombre, donc on doit maximiser l'effort de récupération de ces donneurs de façon la plus importante possible, d'où toutes ces actions-là.

Finalement, il y a deux grandes catégories de personnes qui se présentent pour participer, bien sûr involontairement dans leur cas, au processus de transplantation, les donneurs d'organes: il y a les traumatisés crâniens et les personnes qui sont victimes d'hémorragie cérébrale. Essentiellement, ce sont les deux catégories de personnes qui sont éligibles pour devenir donneurs d'organes.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée d'Anjou, il reste trois minutes, quatre minutes.

#### **Niveau de transplantations réalisées en regard des consentements**

**Mme Thériault:** Une dernière question par rapport aux dons d'organes toujours. Est-ce que c'est fréquent qu'il y a des donneurs qui... bon, ils ont signé leur consentement, le décès survient, on prélève les organes, et que malheureusement on ne peut pas compléter le

processus d'une personne qui était en attente d'un don d'organe par manque de temps, par manque de ressources médicales ou par manque... ou si, dans la majeure partie des cas, en termes de pourcentage, quand vous avez un organe qu'on est capable de trouver preneur, entre guillemets, pour l'organe en question?

**M. Couillard:** Non, ça ne se produit pas comme ça. Quand il y a des problèmes, c'est la disponibilité des équipes pour les prélèvements d'organes.

**Mme Thériault:** O.K.

● (23 h 10) ●

**M. Couillard:** Il faut savoir que c'est quelque chose que les citoyens savent peu, là. Régulièrement, au Québec, il y a une équipe médicale qui part dans un petit avion puis qui s'en va dans un hôpital régional faire un prélèvement d'organe, qui revient avec l'organe en question pour faire la transplantation dans la même nuit. C'est des actes d'héroïsme médical, là, qu'on a chez nous encore régulièrement à chaque année. Et on n'a pas de problèmes du type que vous avez mentionné. Ce qu'on a comme problème parfois, c'est lorsque le diagnostic de mort cérébrale, ça retarde, il y a des éléments qui se présentent qui font que le donneur n'est plus éligible. Par exemple, s'il se produit de la fièvre, une infection, une complication générale chez la personne, bien on ne peut plus... elle devient moins éligible pour le don d'organe. Donc, la rapidité de prélèvement est absolument essentielle pour ne pas perdre ces occasions-là, et, là-dessus, le plan d'action vise justement à améliorer ça.

Il faut réaliser que, dans un hôpital général où cette situation se produit, c'est une lourdeur extrême, mais il faut le faire, mais c'est une lourdeur extrême parce qu'on immobilise le bloc opératoire pour le prélèvement d'organe pendant plusieurs heures pendant que d'autres malades attendent. S'il y a une autre urgence immédiate, il faut faire venir une autre équipe dans la salle d'opération pour procéder à la chirurgie. Donc, c'est assez lourd comme processus. Mais cependant il faut saluer la performance et le travail des équipes de Québec-Transplant qui agissent non seulement comme facilitateurs ou facilitatrices du processus, mais également comme lien avec les familles, et ça, on ne n'en passerait plus maintenant, de ces personnes dans les hôpitaux qui nous aident à coordonner tout ça. Mais je pense qu'il faut rendre hommage et profiter des crédits pour rendre hommage aux équipes, M. le Président, partout au Québec, qui, tous les jours, toutes les semaines, de façon anonyme, sans que ce soit dans les journaux, font des choses comme ça qui sauvent la vie aux gens.

**Le Président (M. Kelley):** Et il y avait le triste incident, la semaine passée, je pense, d'une de ces équipes aux États-Unis, qui s'est écrasée sur le lac Michigan. Je pense qu'un médecin de London, Ontario, était parmi les victimes et effectivement il était sur un déplacement pour faire une transplantation. M. le député de La Peltrie.

#### **Plan de réorganisation du travail du personnel infirmier des unités spécialisées**

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Tout à l'heure, le ministre a parlé de l'Hôpital Laval comme d'un centre

hospitalier névralgique, l'Institut de cardiologie de Québec comme on devrait peut-être l'appeler maintenant, et il a dit quelque chose d'intéressant, à savoir que, si la pénurie d'infirmières ou le manque d'infirmières devenait problématique ou hypothéquerait la capacité de l'hôpital à remplir sa mission, il n'hésiterait pas à intervenir. C'est drôle parce que le premier hôpital que j'ai visité quand je suis entré en fonction, c'est l'Institut de cardiologie de Québec, justement le Département de cardiologie, et le premier contact que j'ai eu, c'est justement aux soins intensifs, c'est là où j'ai été sensibilisé le plus aux problèmes qui existent avec les infirmières — on en a parlé tout à l'heure — le problème de reconnaissance de la rémunération mais aussi, M. le Président, un problème qui est d'autant plus grave, qui est le temps supplémentaire obligatoire, ce que les infirmières appellent le kidnapping, à savoir que, quand leur quart de travail est terminé, la responsable infirmière-chef, qui devient automatiquement le bourreau, a la possibilité, dans le cas où évidemment le besoin se fait sentir, d'exiger d'une infirmière qu'elle fasse un autre quart de travail.

Ça amène plusieurs problèmes. Le premier, évidemment, c'est une insatisfaction, on peut s'en douter, M. le Président, assez importante des infirmières qui sont mises dans cette situation-là. Ça amène aussi, évidemment, des situations problématiques au niveau des erreurs de pratique parce que la fatigue aidant. Il y a eu des cas qui ont été répertoriés où des infirmières ont commis des erreurs dans ces circonstances-là et où évidemment on s'expose à des poursuites, ce qui est assez fondamental. Ça amène aussi, M. le Président, un autre problème qui est le fait que l'infirmière qui est prise dans cette espèce de kidnapping là, le lendemain, ne rentre pas au travail, décide de prendre sa journée pour prendre un congé bien mérité mais qui malheureusement n'est pas planifié. Ce qui se passe dans ce temps-là, c'est que l'infirmière responsable descend la liste de rappel pour trouver quelqu'un qui va la remplacer en temps supplémentaire. Et ce qui se passe aussi, M. le Président, c'est que, quand ça, ce n'est pas possible, certains hôpitaux font appel à des agences privées pour avoir accès à évidemment du personnel infirmier.

Alors, ma question au ministre, c'est: Dans la politique dont on a parlé tout à l'heure, qui visait la reconnaissance du personnel infirmier, qui visait une certaine réorganisation du travail, est-ce que cette problématique-là va être mise en compte dans la perspective où il m'a dit lui-même que, s'il avait vent de ces situations-là, il y aurait un effort supplémentaire à faire? Donc, est-ce qu'effectivement il peut y avoir un effort supplémentaire consenti dans cette problématique-là pour éviter les erreurs médicales, pour éviter l'insatisfaction et pour éviter des coûts supplémentaires importants? Parce qu'on comprend qu'évidemment du personnel qui travaille en temps supplémentaire ou les infirmières qu'on va chercher au privé travaillent à des taux horaires qui sont nettement supérieurs, et donc, là, il y a une lourdeur et il y a une pression de plus sur le budget de l'hôpital.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Oui, M. le Président. Effectivement, on a fait une entente, j'en ai mentionné une tantôt, non seulement en Outaouais, mais avec l'Hôpital Sainte-Justine

qui est également un des noeuds névralgiques de notre système de santé. Il n'est pas question de prendre des risques avec l'Institut de cardiologie de Québec ou l'Institut de cardiologie de Montréal. Alors, si on a des propositions puis on est prêt à être proactif là-dedans pour améliorer la situation, on va le faire.

Maintenant, je voudrais donner quelques informations aux collègues au sujet des heures supplémentaires dans le monde infirmier; je pense que c'est intéressant de voir comment ça se distribue. Le problème est vraiment localisé pour les infirmières dans les unités spécialisées, par exemple les soins intensifs, de là l'intérêt de développer des mesures spécifiques, ce qu'on veut faire partout au Québec et notamment dans ces centres-là. En fait, si on fait l'analyse, et c'est une analyse passionnante qui a été faite, que j'ai devant moi, qui a été faite en 2005-2006, quant à la répartition du nombre d'heures supplémentaires par année faites par les infirmières du Québec, ce qu'on constate, c'est qu'il y a grosso modo 80 % des infirmières qui font moins de 100 heures de temps supplémentaire par année, ce qui est peu, hein, on s'entend là-dessus, ce n'est pas une catastrophe, et, entre 100 et 200, 2 754 de plus, et ça diminue progressivement jusqu'à l'autre extrémité de l'échelle, celles qui font 500 heures et plus de temps supplémentaire par année. 1,5 % de l'effectif concentre 500 heures de supplémentaire par année, et ces personnes se retrouvent surtout dans une unité spécialisée.

Alors, je pense que c'est intéressant. Parce qu'on a souvent la perception que c'est toutes les infirmières au Québec, dans toutes les unités de soins, qui sont surchargées en temps supplémentaire. Lorsqu'on en fait l'analyse, on se rend compte que ce n'est pas le cas, là. La concentration de cette lourdeur de temps supplémentaire se fait dans certaines unités et sur un pourcentage assez réduit de l'effectif. En fait, si on monte en haut de 300 heures par année, on a 558 plus 243, ce qui est à peu près, là, 800, plus un autre 300, 1 100 infirmières qui font le gros des heures supplémentaires dans le réseau de la santé, notamment mais pas exclusivement, mais notamment dans les unités spécialisées. Il y a des établissements où même les infirmières sur les unités de soins font beaucoup de temps supplémentaire, comme en Outaouais par exemple et d'autres endroits au Québec, mais c'est largement concentré dans les soins intensifs et à l'urgence, ce qui mène — puis je suis d'accord avec le député — à des problèmes d'instabilité d'équipes, découragement ou le fait que, compte tenu du stress, les gens vont vouloir migrer vers des unités moins exigeantes sur le plan des horaires de travail.

Alors, je pense qu'il faut vraiment aborder la question avec des nouveaux outils. Puis, si l'Hôpital Laval... puis on a des projets également... veut en parler avec nous, on est disponibles. Il n'est pas question de faire de compromis ou de lésiner pour des institutions de ce niveau-là.

Je voudrais rappeler aux Québécois qui nous écoutent, là, ceux de toutes les régions, qu'on a la chance, dans un système public de santé qui est fortement décrié et critiqué à bon droit souvent mais parfois de façon un peu exagérée compte tenu de son niveau de performance relatif par rapport à ce qui se passe dans le reste du monde, qu'à travers ce système public là qui est soumis à des pressions constantes, à des difficultés de financement, on a, par exemple... il y a d'autres exemples de ce type-là,

mais, en chirurgie cardiaque, au moins deux établissements au Québec, les deux instituts de cardiologie, l'Institut de cardiologie de Québec et l'Institut de cardiologie de Montréal, où les taux de complication, les taux de réussite des chirurgies, le type de chirurgie qui est pratiquée se compare avec n'importe quel centre nord-américain, y compris les institutions comme Johns Hopkins, Cleveland Clinic et Mayo Clinic. C'est aussi bon, sinon parfois meilleurs, les résultats, à l'Institut de cardiologie de Montréal ou à l'Institut de cardiologie de Québec. Je pense qu'il faut mentionner ça pour développer une juste perception de la qualité des soins qui est offerte dans notre réseau, mais raison de plus pour bien soutenir les équipes comme l'Institut de cardiologie de Montréal, que le député a abordé récemment à l'Assemblée nationale, qui a un problème de pénurie d'infirmières qui est plus ponctuel, celui-là, mais qui est également majeur.

Alors, on est prêt à faire beaucoup de nouvelles choses et même des choses sans précédent, notamment dans ces domaines-là, mais avec le partenariat des syndicats d'infirmières.

● (23 h 20)

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de La Peltrie.

#### **Problème des heures supplémentaires obligatoires**

**M. Caire:** Oui, merci, M. le Président. Est-ce que le ministre est conscient quand même que... Premièrement, je veux joindre ma voix à la sienne pour dire qu'effectivement le personnel infirmier fait un excellent travail, et ça, ça ne fait aucun doute pour personne.

Ceci étant dit, les moyennes, bien, justement, ce sont des moyennes. Donc, la réalité, c'est que le temps supplémentaire — et je pense que le ministre l'a abordé — se concentre dans des endroits comme par exemple les urgences et les soins intensifs. Donc, si on faisait un bilan à strictement parler de ces types de pratiques là, probablement que les moyennes seraient beaucoup plus élevées, d'une part, et, d'autre part, M. le Président, j'attire l'attention du ministre sur le fait que j'ai bien dit que c'était du temps supplémentaire obligatoire. Je pense que c'est un élément qu'il ne faut pas occulter parce que... Je réitère que, quand quelqu'un finit son quart de travail puis, dans sa planification de la journée, elle s'en va à la maison, fait son souper, s'occupe de ses enfants, passe un peu de temps avec eux, regarde une émission de télévision, prend un bain, puis va faire dodo, on vient de changer l'horaire sensiblement en allant dire: Bon, bien, excuse-moi, là, mais on a quelqu'un qui sort d'une chirurgie, d'une transplantation cardiaque. Ce n'est pas exactement le même horaire. Et ça, ça amène un niveau d'insatisfaction, au niveau du personnel infirmier, qui est très élevé et qui va m'amener, dans mes prochains sujets, M. le Président, sur la rétention des infirmières, mais j'aimerais quand même entendre le ministre là-dessus, sur le fait que, un, oui, il y a des moyennes, mais, quand on cible un peu plus, les moyennes sont plus élevées, d'une part, et, d'autre part, on parle de temps supplémentaire obligatoire, là, il n'y a rien de volontaire là-dedans.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Bien, c'est effectivement la raison pour laquelle il faut développer des actions spécifiques pour ce type d'unité là.

Maintenant, malgré la difficulté que ça représente, je veux amener le député à peut-être entreprendre une réflexion sur la question et considérer que malheureusement, dans l'état de pénurie qui est le nôtre actuellement, il est probablement préférable d'avoir une situation où on répartit le fardeau de temps supplémentaire de façon égale sur plus de personnes qu'une situation de temps supplémentaire facultative où c'est les mêmes personnes qui consentent le temps supplémentaire, où les risques demeurent encore plus importants. Il y a des balances d'inconvénients à faire dans ce genre de situation là, et il est probablement moins dangereux en fait pour le système de santé d'avoir un système où on étend, où on répartit la charge à plus de personnes qu'un autre où on le concentre de façon aléatoire pour un plus petit nombre d'employés.

Mais encore une fois on répète notre disponibilité à aborder cette question franchement, et la véritable solution à ça, c'est de créer des postes plus stables, mieux rémunérés, plus attrayants. On est d'accord pour le faire, mais, là encore, on a un appel à lancer — mais il est bien reçu — à nos partenaires syndicaux de travailler avec nous pour innover dans l'organisation du travail autant que dans les conditions de rémunération.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

#### **Amélioration du niveau d'efficacité du système par le respect des compétences**

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Toujours dans le cadre de la réorganisation du travail, très souvent le personnel soignant est appelé à faire des tâches qui normalement ne devraient pas figurer dans son spectre de travail. Le ministre l'a abordé brièvement tout à l'heure en disant que... Des infirmières bachelières qui faisaient un travail d'infirmière technicienne, des infirmières auxiliaires qui font le travail de préposé, c'est des choses qui se produisent malheureusement assez régulièrement, des médecins, M. le Président, qui peuvent passer des soirées à chercher un lit ou, bon, à essayer de dénouer des situations qui sont plus d'ordre administratif.

Est-ce que, dans la réorganisation du travail, puis on a abordé la question avec le ministre en d'autres lieux, est-ce que, dans la réorganisation du travail, ces éléments-là sont tenus en compte et il y a des solutions à terme qui vont être mises de l'avant?

Je donne un exemple bien simple. On a parlé, en chirurgie, dans les blocs opératoires, de permettre à des infirmières auxiliaires d'être instrumentistes plutôt que de prendre une infirmière technicienne ou, pire encore, une infirmière bachelière. Est-ce que, dans la réorganisation du travail, dans la planification du ministère, ce genre de solution là pour permettre d'être plus efficace, pour permettre que le personnel soignant soit plus efficace, pose plus d'actes médicaux, peut-être moins d'actes administratifs ou en marge de la pratique médicale, c'est dans la planification du ministère?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Oui, M. le Président. En fait, c'est déjà là et ça doit être accentué. Je voudrais aborder la question de l'organisation du travail de plusieurs façons, d'abord pour dire que la solution, c'est bien sûr de développer des nouvelles solutions, comme l'infirmière auxiliaire en salle d'opération, ce qui est déjà une réalité. Moi-même, quand j'étais en chirurgie, j'ai travaillé avec des infirmières auxiliaires au bloc opératoire, et ça allait très bien. Alors, il faut qu'on ait de l'accueil de la part des infirmières techniciennes et bachelières, je pense que l'accueil est meilleur qu'il était, puis là-dessus il faut le développer, de même que les instrumentistes puis les infirmières premières assistantes en salle d'opération. Là-dessus, on est en action, sur cette question-là.

L'autre façon également d'aborder l'organisation du travail, c'est la reconnaissance du délestage nécessaire de tâches d'un groupe de professionnels par rapport à l'autre. On ne peut pas continuer à avoir des phénomènes de chasse gardée, ce qui est appelé «corporatisme» parfois un peu de façon exagérée, mais où on ne veut pas laisser de terrain aux autres. On n'a pas le choix, au cours des prochaines années, il va falloir que les infirmières laissent du terrain aller aux infirmières auxiliaires puis aux préposés puis que les médecins, comme ils ont commencé à le faire avec l'infirmière praticienne, les infirmières cliniciennes, laissent du terrain également aux infirmières. Il ne faut pas que chaque fois qu'on fait une réorganisation du travail dans un établissement où par définition on prend la bonne décision, c'est-à-dire de diminuer le nombre de postes d'infirmière pour augmenter le nombre de postes d'infirmière auxiliaire puis de préposé compte tenu de la pénurie qu'on aura à affronter à long terme, il ne faut pas chaque fois qu'on ait une levée de boucliers syndicale, parce que ça fait partie des choses qu'on doit faire dans le réseau.

Maintenant, on a fait des travaux sur la réorganisation du travail qui ont donné des résultats. Par exemple, ce dont je viens de parler, le recours accru à d'autres types d'employés comme les infirmières auxiliaires, les préposés, l'externe, les commis, ça a permis de récupérer de l'ordre de 2 600 infirmières au cours des dernières années. Ce n'est pas rien. Parce qu'on a fait ça, on a réussi à libérer du temps d'infirmière aux alentours de l'équivalent de 2 500, 2 600 infirmières de plus, et on a quand même réussi à augmenter le nombre d'emplois à temps complet et les heures travaillées par les infirmières, notamment avec des garanties d'heures telles que la dernière entente a apportées. Mais il faut aller plus loin encore, et notamment sur la question des primes des unités spécialisées, des rotations de quarts de travail, des quarts de travail atypiques plutôt que les huit heures traditionnelles. Il y a beaucoup de choses qu'on doit faire, il y a beaucoup de choses qu'on est prêt à faire. Encore une fois, les signaux sont bons chez nos partenaires, et on doit aller volontairement.

On a quelques années devant nous pour faire ce changement-là parce que, dans quelques années, si on n'a pas fait le virage, on va être en grande difficulté, donc il faut le faire au cours des quatre ou cinq prochaines années, parce qu'actuellement on peut avoir l'illusion d'une amélioration transitoire de la situation. Comme les gens qui prennent leur retraite ne sont pas encore tout à fait arrivés à l'âge de la retraite, on a un afflux de nouvelles diplômées qui font gonfler le nombre d'infirmières, et

on peut avoir l'impression que ça va mieux, le problème va s'améliorer. Or, c'est illusoire parce que, dans quelques années, on va être devant une masse de retraites naturelles pour cette fois du côté des infirmières et, si on n'a pas changé la façon de faire auparavant, on aura une grande difficulté à s'y acclimater.

**Le Président (M. Kelley):** Dernière courte question, M. le député de La Peltrie.

#### **Règles de rémunération des heures supplémentaires du personnel infirmier**

**M. Caire:** Ah, M. le Président! Oui, M. le Président. On a parlé tout à l'heure de l'équité salariale qui avait été un peu inéquitable pour les infirmières bachelières. J'aimerais porter à l'attention du ministre qu'il y a d'autres irritants pour les infirmières bachelières, notamment le fait que... bon, on a dit: Elles ont déjà du temps supplémentaire obligatoire à faire, ce qui en soi n'est pas nécessairement agréable. Je comprends les impératifs, mais il n'en demeure pas moins qu'au point de vue humain ça peut poser problème, ça peut devenir irritant.

Autre chose que je m'explique mal — le ministre pourra peut-être me l'expliquer: une infirmière bachelière qui fait du temps supplémentaire, les trois premières heures du temps supplémentaire sont payées à temps simple, alors qu'une infirmière technicienne qui fait du temps supplémentaire est payée à temps et demi immédiatement. Il y a comme deux poids deux mesures. Est-ce que le ministre peut m'expliquer ça succinctement?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre, la parole est à vous.

**M. Couillard:** En fait, c'est les éléments qui sont dans les conventions collectives, ce n'est pas négocié ou imposé unilatéralement par la partie patronale, ça se fait d'un commun accord. Les infirmières bachelières sont souvent dans d'autres catégories salariales que les infirmières techniciennes. Ce genre de problème là, il y a une voie pour l'améliorer dans les établissements qui est la voie des négociations locales.

Je rappelle à notre collègue, qui d'après moi fait probablement partie de ceux qui auraient soutenu à l'époque, à l'Assemblée nationale, cette loi-là, au moment où on a diminué le nombre d'accréditations syndicales dans le réseau de la santé de 3 600 à 900 — c'est quand même incroyable qu'on ait eu à poser ce geste-là — en même temps on a fait un geste qui d'après moi est encore plus porteur d'avenir que la réduction du nombre d'accréditations, qui est la délocalisation d'une partie des éléments de la convention collective vers le niveau local des établissements. On est d'ailleurs à la fin de la négociation locale dans la plupart des établissements du Québec. Il y a beaucoup d'enjeux d'organisation de travail comme celui que vient de souligner le député, peut-être pas nécessairement celui-là spécifiquement sur les échelles de salaires, mais sur les quarts de travail, sur les listes de rappel, par exemple, qui sont des irritants puis qui peuvent être réglés au niveau des négociations locales.

Et je pense qu'il y a lieu de saluer ça, parce que c'est un précédent, on sait qu'auparavant tout était géré au niveau des conventions nationales. On peut maintenant

améliorer beaucoup les choses au niveau des négociations locales. C'est un mécanisme de gré à gré qui se conclut, dans les rares cas où il n'y aura pas d'entente, par une médiation-arbitrage. Et je pense que la date limite de ça, c'est septembre prochain, pour avoir des ententes dans tous les établissements du Québec. Et la médiation-arbitrage, sauf erreur, puis on me corrigera, se fait sur la base de la dernière offre, la meilleure offre. Alors ça, c'est de l'incitatif très fort aux parties pour se rapprocher et travailler ensemble et trouver un terrain d'entente.

**Une voix: ...**

**M. Couillard:** On m'indique un élément intéressant: les premiers échelons des infirmières bachelières augmentent aux six mois alors que les échelons des infirmières techniciennes augmentent chaque année. Donc, tu sais, il y a du donnant-donnant, là, il faut voir l'ensemble de la situation salariale.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

### **Programme Soutien aux organismes communautaires**

#### **Niveau de priorité accordé**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. On va parler un petit peu du SOC, M. le Président, Soutien aux organismes communautaires. Comme vous le savez sans doute, depuis presque un an, la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires, qui représente 2 800 organismes, demande... vous demande en fait de créer un fonds d'urgence pour régler la situation de crise que vivent beaucoup, beaucoup d'organismes communautaires actuellement. Apparemment, ils n'ont pas obtenu beaucoup, beaucoup de réponses de votre part, mais je suis sûr que vous allez avoir une précision à apporter là-dessus.

● (23 h 30) ●

Moi, je dois vous dire, M. le ministre, ça me touche beaucoup, la situation des organismes communautaires parce que, dans mon comté de Marie-Victorin, il y en a beaucoup, beaucoup. On parle de quelques centaines d'organismes communautaires dans Marie-Victorin et, de façon plus générale, dans la ville de Longueuil, bon, entre autres parce qu'on a une population qui a besoin d'aide. Donc, on a des situations de pauvreté, on a des situations d'itinérance, on a des situations de santé mentale, on a des situations de toxicomanie, situations de prostitution juvénile également. Les organismes communautaires jouent un rôle extrêmement important dans notre communauté.

D'ailleurs, le premier dossier sur lequel j'ai été appelé à travailler comme nouveau député de Marie-Victorin, c'était le Repas du passant. C'est la seule soupe populaire que nous avons sur la Rive-Sud de Montréal. Je vous ai d'ailleurs écrit, ma première lettre comme nouveau député portait justement là-dessus. Je demandais votre intervention, je souhaitais, à ce moment-là, que vous interveniez auprès de l'agence pour qu'elle s'occupe du dossier prioritairement et qu'elle débloque des fonds pour qu'on puisse sauver le Repas.

Finalement, on a réussi à le sauver temporairement, jusqu'à l'automne prochain, date à laquelle on devrait, je

l'espère, être en mesure d'envisager une décision ou une orientation à plus long terme pour qu'on ne soit pas constamment obligés, année après année, de retourner demander de l'argent à l'agence, demander de l'argent à d'autres groupes, à d'autres organismes du milieu. Alors, on a réussi à aller chercher les fonds qui vont permettre au Repas du passant de passer au travers jusqu'à l'automne prochain. La CRE a fait sa part, le CLD a fait sa part, la ville de Longueuil a fait sa part, l'agence a fait sa part, mais on est vraiment encore dans une mesure un peu à court terme. Et j'ai le profond sentiment que ce que j'ai vécu et ce qu'on a vécu avec le Repas du passant, il y a beaucoup d'organismes communautaires qui le vivent constamment.

La Coalition des tables régionales d'organismes communautaires vous demande, vous a demandé en fait d'ajouter 67 millions au budget du SOC, au budget donc du Soutien aux organismes communautaires. Actuellement, si je ne me trompe pas, c'est autour de 333 millions qui vont au SOC. Donc, les organismes communautaires auraient souhaité que vous augmentiez le budget jusqu'à 400. Si on ne s'est pas trompés dans nos calculs, c'est 364 millions que les organismes communautaires vont recevoir cette année.

Donc, dans le fond, ma première question, c'est: Dans quelle mesure est-ce que pour vous le soutien, l'appui aux organismes communautaires est prioritaire? Parce que ce dont je me rends compte de plus en plus, c'est que le réseau des organismes communautaires est en train de devenir une espèce de réseau d'appoint au système de services sociaux. Et ils s'appellent organismes communautaires autonomes parce qu'ils tiennent à garder leur autonomie face au ministère, face aux agences, face à l'agence dans le cas d'une région, mais face aux agences de façon générale, mais ils ont l'impression par moments qu'on se sert d'eux pour pallier à certaines déficiences, à certains manques, à certaines lacunes du réseau des services sociaux mais qu'ils ne sont pas traités avec respect, qu'ils ne sont pas traités équitablement et que leurs demandes ne sont pas toujours prises au sérieux.

Je vous rappelle, entre autres, que 73 % des 20 000 personnes qui travaillent au sein des organismes communautaires ont un salaire moindre de 25 000 \$ par année. Donc, c'est des gens souvent qui sont très dévoués, qui travaillent de très, très longues heures et qui ne gagnent pas des salaires faramineux, loin s'en faut.

Alors, dans le fond, première question: Quelle priorité les organismes communautaires occupent-ils dans votre réflexion générale comme ministre de la Santé et des Services sociaux, en particulier dans ce cas-ci?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre, vous n'avez pas d'objection de répondre à ces questions? En théorie, c'est les questions qui sont réservées pour le 18 juin, à ce programme. Et, s'il n'y a pas d'objection, s'il y avait les réponses disponibles, vous pouvez répondre à la question, mais en principe, ça, c'est un des programmes que nous allons regarder avec les services sociaux, lundi prochain.

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, c'est certainement un élément important, et il y a beaucoup de priorités dans le système de santé, beaucoup de choses importantes à faire et à continuer à faire. La base commune des différents groupes qui entourent le système de santé

et de services sociaux, c'est de demander plus d'argent public. Et on vient de parler des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes qui ont des demandes de centaines de millions de dollars, que tout le monde veut voir résolues de façon la plus équitable possible. Il y a également les demandes et les besoins des groupes communautaires, dont on reconnaît l'importance et l'autonomie. D'ailleurs, on a préservé l'autonomie lors de la création des centres de santé et de services sociaux, et c'était très important de le faire. Il y a même des secteurs dans lesquels les groupes communautaires sont inscrits à même les orientations ministérielles, comme par exemple dans le plan pour la santé mentale, la force des liens, où les centres de crise, par exemple, dans la majorité des cas, sont gérés par les organismes communautaires de façon très correcte.

Je pense qu'il faut quand même, là, également replacer les choses en perspective. Si on compare le montant qui est attribué aux organismes communautaires qui ont l'attache du ministère de la Santé et des Services sociaux... D'abord, il y a 3 263 de ces organismes actuellement, et, depuis 2002-2003 jusqu'en 2006-2007, ce qui ne tient pas compte de l'augmentation du budget de cette année, il y a une augmentation sans précédent du mouvement communautaire au Québec, du financement du mouvement communautaire, on parle de 96 millions d'augmentation, 35 % d'augmentation de financement en quatre ans. Je pense qu'on n'a pas vu ça auparavant dans le système de santé et de services sociaux. Cet effort-là va continuer. Cette année, on verra, on peut le voir à l'analyse du livre de crédits, que les pourcentages d'augmentation sont autour de 6 %, ce qui est la même zone que les établissements du réseau.

Le député nous parle du groupe du Repas du passant, qui a des revenus totaux d'environ 355 000 \$, dont 89 745 \$ du programme SOC, par rapport à 28 565 \$ en 2002-2003. Donc, il y a eu une progression importante du financement du programme SOC régional. En Montérégie, en général, qui est la région bien sûr qui intéresse particulièrement le député, en quatre ans, le financement du mouvement communautaire a augmenté de près de 40 %. Alors, on ne peut pas dire qu'il n'y a pas eu un effort majeur de financement.

On veut continuer à travailler avec le mouvement communautaire pour d'abord continuer à respecter leur autonomie, clarifier des choses telles que la part de financement attribuée à la mission de base par rapport aux projets spécifiques, d'autres éléments fondamentaux pour le financement. Il y a des groupes de travail qui sont actuellement à l'oeuvre dont on a l'automne, je crois, qui devrait continuer le travail sur cette question-là.

Mais je ne pense pas qu'il soit juste de dire que le gouvernement actuel n'a pas soutenu financièrement le mouvement communautaire. On pourrait en fait faire la démonstration inverse, que, même s'il est par définition jugé insuffisant par les groupes qui le reçoivent, il est supérieur à ce qui était fait auparavant, et de loin, en termes d'augmentation et de soutien année après année, c'est-à-dire que ce n'est pas quelque chose qui a été ponctuel. Chaque année, on a été au rendez-vous pour les groupes communautaires attachés en Santé et Services sociaux. On est partis, en 1973, de 31 groupes attachés au ministère de la Santé — à l'époque c'était le ministère des Affaires sociales, je pense, qu'on disait — et maintenant on est à 3 263 groupes. Alors, on encourage les groupes communautaires.

Et là-dessus on a une bonne écoute de leur part à éviter les duplications: deux groupes dans la même région qui font la même chose et qui demandent séparément des subventions. On les encourage également, et ils ont beaucoup amélioré les choses, et je tiens à leur rendre justice pour ça, à continuer l'exercice de reddition de comptes et de transparence de leurs états financiers, ce qui est fait. On est satisfaits en général de la façon dont la reddition de comptes est accomplie par les groupes communautaires. Je suis content de voir que le député voit que... a constaté que la situation du groupe qui l'intéresse a été stabilisée. On verra comment la rendre encore plus stable au cours des prochaines années. Mais il y a eu un effort considérable dans tout le mouvement communautaire au Québec, en termes de financement, qui est véritablement à souligner, je crois, si on veut être équitable dans l'appréciation des choses.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

### Crédits alloués

**M. Drainville:** Oui. Est-ce que les chiffres étaient les bons, M. le ministre? C'est bien 364 millions, hein, que vous allez accorder au SOC dans le présent budget?

**M. Couillard:** En 2006-2007, c'était 369 932 113 \$, en fait près de 370 millions. Cette année, il y a une augmentation de prévue de l'enveloppe, on vous donnera la référence du livre de crédits, de l'ordre de 6,2 %. Alors, ça va augmenter de façon considérable pour 2007-2008. C'est dans mon cahier abrégé, je devrai essayer de le trouver.

**M. Drainville:** On ne regarde probablement pas le même... on ne regarde certainement pas le même chiffre. Nous, ce qu'on a: Crédits de transfert, pour les organismes communautaires, 364 millions, c'est à la page 173 du volume II.

● (23 h 40) ●

**M. Couillard:** C'est parce que les mouvements communautaires se composent de deux types: il y a les groupes à vocation nationale puis les groupes à vocation régionale. Le total des deux, c'est 369 932 113 \$. Maintenant, pour les organismes communautaires au niveau régional, dans les fonctions régionales, qui est le programme 2 des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, donc qui exclut les groupes nationaux de toutes sortes, comme la coalition d'ailleurs des TROC — pour employer leur abrégé — le budget des dépenses 2006-2007 était 347 354 \$, et le budget prévu pour 2007-2008, une augmentation de 6,81 %, 370 998 \$... 370 000 998 \$, page 10 du cahier Résumé des crédits, donc une augmentation considérable.

### Respect du principe de l'équité interrégionale

**M. Drainville:** ...l'augmentation va-t-elle se partager? Est-ce que vous tenez compte du principe de l'équité interrégionale? Quand vous augmentez comme ça une enveloppe, l'enveloppe du SOC par exemple, est-ce que vous essayez d'en arriver à un certain rééquilibrage entre les régions qui n'ont pas suffisamment... qui n'ont

pas leur juste part et celles qui logiquement en obtiennent davantage? Est-ce que vous essayez, à même l'augmentation d'une année à l'autre, de rééquilibrer pour atteindre ce principe de l'équité interrégionale?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Oui. La répartition régionale des enveloppes dépend du niveau de richesse relative de chaque région, d'ailleurs ce qui est au profit de la Montérégie parce que la Montérégie est la région qui demeure la plus sous-financée en termes du mécanisme d'équité interrégionale, donc qui reçoit toujours des parts de développement supérieures à sa part de population au cours des dernières années, ce qui sera le cas également pour cette enveloppe-là.

Maintenant, une fois rendu au niveau régional, c'est l'agence régionale qui a pleine autonomie pour gérer l'enveloppe dans sa région et faire les choix. On ne veut pas, et on ne le fera pas non plus, s'ingérer dans les décisions que l'agence prend. C'est des décisions qui ne sont pas faciles — comme nous, on a des décisions pas faciles à prendre — il faut qu'ils fassent le choix des organismes qui font des demandes de financement et qu'ils fassent une répartition la plus équitable possible.

La progression du budget fait en sorte que normalement on devrait être capables d'améliorer le financement, de façon notable, de la plupart des groupes. Évidemment, c'est des ajouts qui s'annoncent chaque année. Pour les organismes nationaux, l'augmentation est également de 8 413 000 \$ à 8 723 000 \$, donc il y a une augmentation de 310 000 \$, et il y a 120 organismes qui sont qualifiés d'organismes nationaux. Je voudrais...

**M. Drainville: ...**

**M. Couillard:** Je vais juste ajouter un élément qui est intéressant, je crois, pour vous, pour la question que vous avez posée. Les seuls montants qu'on envoie aux régions de façon étiquetée, taguée, comme on dit dans le terme populaire, c'est les montants pour les femmes et les jeunes, parce qu'on a des programmes spécifiques de déploiement pour ces programmes-là, les centres de femmes, et les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale, et les maisons de jeunes. Dans ces domaines-là, on envoie des enveloppes qui sont plus étiquetées. Tous les autres secteurs sont laissés à la discrétion de l'agence quant au travail qu'elle fait de répartition à l'intérieur de sa région.

**M. Drainville:** Donc, si on fait le bilan, là, de...

**Le Président (M. Kelley):** ...question.

#### **Augmentation totale du financement**

**M. Drainville:** Une dernière. Si on fait le bilan, là, de quelle sera l'augmentation, là, des sommes consacrées aux organismes communautaires, on part de quoi et on s'en va à quoi, au grand total, en incluant le SOC?

**M. Couillard:** Alors, si on regarde les deux catégories d'organismes, si on regarde les organismes au niveau régional, on passe de 347 354 000 \$ à 370 998 000 \$, il

y a une augmentation de 23 643 000 \$, une augmentation de 6,81 %. Si on regarde les programmes dédiés aux organismes communautaires et organismes nationaux, c'est une enveloppe qui regroupe plusieurs éléments, parce que là-dedans il y a autre chose que les groupes communautaires. On pourra vous obtenir le détail de ça à d'autres reprises, on fera le calcul. Mais, pour les organismes régionaux, on passe de 347 millions à presque 371 millions. Je pense que c'est l'essentiel de la question que vous posez. C'est une augmentation en pourcentage de 6,81 %.

**M. Drainville:** Merci, et vous me reviendrez avec les chiffres, peut-être M. le sous-ministre ou... hein, s'il vous plaît. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Parfait, merci beaucoup.

**M. Drainville:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Maintenant, pour compléter la rotation, je vais céder la parole au député de Laurier-Dorion. La parole est à vous, M. le député.

#### **État du projet d'informatisation du réseau de la santé**

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Le dernier gouvernement du Parti québécois a fait une tentative afin d'informatiser le réseau de la santé. Faute de vision claire et d'objectifs précis, malheureusement, cette tentative a échoué. En décembre 2003, le ministre a donné son accord pour poursuivre les travaux qui avaient été commencés afin d'informatiser le réseau en rendant plus cohérente la mise en place de ce plan.

**M. Drainville:** ...question ou c'est M. le ministre qui vous l'a soufflée à l'oreille?

**Le Président (M. Kelley):** Je pense que la parole est au député de Laurier-Dorion. Alors, je vais permettre au député de Laurier...

**M. Drainville:** Je suis hors d'ordre, hein? Mais c'est quand même une bonne question, hein, M. le Président? Vous ne trouvez pas, vous?

**Le Président (M. Kelley):** Monsieur...

**M. Couillard:** ...hellénique de notre collègue, il est certain qu'il a en lui toute l'inspiration nécessaire et les qualités de prosateur pour se livrer à des questions très inspirées, que je qualifierais même par moments d'homériques.

**M. Drainville:** Il se fait tard, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Laurier-Dorion, la parole est à vous.

**M. Sklavounos:** Ma préparation a été sérieuse, M. le Président, comme la préparation de mon collègue député de Marie-Victorin. Alors, dès le mois de juin 2004, finalement, M. le Président, une structure efficiente, qui fonctionnait, a été mise sur pied notamment par la création

d'un groupe de travail pour revoir le rôle et l'organisation des services Info-Santé au Québec en fonction des besoins et des attentes de la population, des éléments de contexte et des problématiques actuelles. Pour consolider les bienfaits de l'information du réseau de la santé et des services sociaux, un projet de loi a été adopté, le projet de loi n° 83, qui a été sanctionné en date du 30 novembre 2005, qui comportait des éléments stratégiques qui avaient comme but de consolider l'organisation du réseau, de promouvoir la qualité et le respect des droits, incluant les résidences privées, et de permettre la circulation de l'information clinique pour améliorer l'accès et la continuité des soins. J'aimerais que le ministre puisse nous présenter les grands principes de l'informatisation de ce réseau de santé.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. En fait, c'est un enjeu qui était attendu depuis longtemps... un projet, plutôt, attendu depuis longtemps dans le réseau de la santé, notamment par le corps médical. Et je dirais qu'il y a deux éléments préalables qui ont permis qu'on en soit maintenant où on en est, c'est-à-dire à la veille de déployer concrètement le réseau d'informatisation dans le domaine de la santé.

Il y a d'une part l'adoption d'un cadre légal de circulation de l'information, à travers la loi n° 83, qui implique le consentement des personnes, la circulation entre les établissements de santé et leurs partenaires à l'extérieur de l'établissement et d'autres éléments de conservation des données qui sont intéressants et complexes mais sur lesquels on pourra revenir dans un autre élément. Donc, premier geste préalable, l'adoption de la loi n° 83.

Et, le deuxième, c'est l'adhésion à Inforoute Santé Canada, qui n'avait pas été faite au cours des années précédentes. On a décidé d'adhérer à cette organisation-là pour récupérer les sommes auxquelles le Québec a droit à l'intérieur d'un programme pancanadien. On l'a fait en respectant les juridictions québécoises en matière de santé, avec une entente signée, validée par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes du gouvernement du Québec, qui garantit pleinement le respect des choix et des priorités du gouvernement du Québec mais qui fait en sorte que maintenant on a accès à ce programme-là pour lancer un vaste programme de 662 millions de dollars de... pardon, de 562 millions de dollars, financé à 303 millions de dollars par Inforoute Santé Canada et 259 millions de dollars par le gouvernement du Québec, qui permet de lancer, pour la première fois — et on vient d'annoncer que la région de la Capitale est la région de déploiement pilote de ce système-là — le dossier électronique ou le dossier patient informatisé qui vise à donner au médecin, lorsque la personne y a consenti, accès à des données telles que les résultats de laboratoire, d'imagerie, la liste des médicaments, les données d'urgence, notamment les allergies, etc., qui vont simplifier la pratique médicale, améliorer la circulation de l'information, diminuer le risque d'erreur, particulièrement dans les prescriptions de médicaments, et diminuer le risque de dédoubler ou de demander à plusieurs reprises des examens médicaux.

Il y a plusieurs projets, sous-projets à l'intérieur de ce projet avec Inforoute Santé. Il y a, par exemple, le dossier de santé électronique dont je viens de parler,

avec 18 banques régionales de conservation, avec les éléments que je viens de mentionner dont les médicaments, le système québécois d'information sur les médicaments qui va permettre l'accès au profil pharmacologique à jour de chaque personne au Québec, qui aura consenti bien sûr à faire partie de la circulation d'information, autant ceux qui sont assurés au réseau public que ceux qui sont assurés dans les domaines privés.

Dans le domaine de l'imagerie diagnostique, il y aura bien sûr les résultats des examens. Il y a le déploiement de l'imagerie numérique partout au Québec, ce qu'on appelle en abrégé les PACS, qui vise à transmettre de façon numérique les images radiologiques. Il y a la surveillance et la protection de la santé, notamment des maladies infectieuses en santé publique; la télésanté, pour accroître l'accessibilité surtout dans les régions très éloignées; le réseau de services intégrés pour les personnes âgées, qui va pouvoir également être mis sur une plateforme informatique; et bien sûr les autres éléments comme le fichier de consentement, les dossiers de certification, etc.

● (23 h 50) ●

Alors, il y a plusieurs projets qui ont été lancés, notamment l'annonce récente de la région pilote de la Capitale, à travers le CSSS de la Vieille Capitale et le Centre hospitalier universitaire de Québec. Donc, c'est un groupe, je pense que c'est cinq groupes de médecine de famille, et le Centre hospitalier universitaire de Québec qui vont en faire l'expérience, de ce déploiement-là. Pourquoi on le fait de façon pilote? C'est parce qu'on veut être certains que ça fonctionne bien, ça va être installable partout, et par la suite les autres régions vont pouvoir la faire. Et on continue à progresser bien sûr dans les autres régions pendant qu'on déploie le projet pilote dans la région de Québec.

Voilà donc pour le dossier d'informatisation de la santé. C'est une bonne chose également à mentionner aux contribuables québécois que toutes les soumissions entourant les projets ont été complétées. Elles ont toutes été dans les budgets qui avaient été prévus ou inférieures aux budgets prévus, et les contrats d'attribution sont en train d'être négociés dans la presque totalité de ces projets-là ou l'ont déjà été dans quelques éléments.

L'autre élément d'informatisation, c'est la question de l'Info-Santé. Et j'en profite pour utiliser cette plateforme pour faire, comme on dit, un petit «pitch» de promotion pour le guide santé, qu'on trouvera sur le site du ministère. Mon attachée de presse est très assidue à faire une promotion incessante du guide santé à travers tous les contacts médiatiques qu'elle a. J'encourage les collègues à le consulter.

Qu'est-ce que le guide santé? C'est la mise en ligne des protocoles accessibles pour le public, les protocoles d'Info-Santé: Quoi faire si vous avez une brûlure? Que faire si votre enfant fait de la température? Que faire si vous avez une procédure diagnostique ou une chirurgie à subir? Il y a même un fichier sur l'allaitement maternel, M. le Président. Donc, des renseignements très complets, qu'on va vouloir bonifier de façon constante. Il y a là lieu de s'en réjouir. Parce que ce n'est pas juste une sinécure ou un gadget, c'est démontrer que des organisations telles qu'Info-Santé, la mise en ligne des renseignements de type Info-Santé diminuent le recours aux salles d'urgence, parce que les gens vont consulter ça, appellent Info-Santé, et on évite plusieurs visites à l'urgence de cette façon-là.

Alors, on va continuer à démontrer ces éléments-là. On va continuer à gérer ce programme de façon serrée. Il y a une équipe spécifique qui est en charge de mettre en place ce système à l'extérieur du ministère de la Santé publique... le ministère de la Santé et des Services sociaux, pardon, et je crois que ce sera un succès. Et on a pris acte des craintes de certains groupes médicaux, comme les omnipraticiens, notamment quant à la gestion des consentements. On va s'assurer de trouver une façon correcte de le faire, légère pour les médecins. Ce n'est pas nécessairement aux médecins à obtenir les consentements. On s'attend à ce que la vaste majorité des patients québécois donnent leur consentement. Ça a été le cas dans les régions où il y a des projets qui sont apparus. Et on va bien sûr mettre ça en lien avec l'informatisation qui est déjà présente au niveau des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux.

Alors, je pense que le Québec aura, au terme de ça, largement comblé le retard qu'il avait accumulé pendant quelques années. On est maintenant considérés comme un des chefs de file canadiens dans le développement de ces projets-là, parce que les projets acceptés par Inforoute Santé Canada, des projets québécois acceptés par Inforoute Santé Canada sont des projets qui par la suite sont étendus dans le reste du pays. Donc, on pourra dire que plusieurs des éléments qu'on va amener viennent du développement de l'expertise au Québec.

Et d'ailleurs, et je termine là-dessus, M. le Président, un des avantages du déploiement de ce projet-là, outre les bénéfiques pour le système de santé, c'est la question de l'économie des entreprises d'information, des technologies d'information du Québec qui vont pouvoir, en participant à ce projet-là, développer une expertise qui pourra par la suite être exportée et créer de l'emploi. On estime à environ 3 600 le nombre d'emplois, dans le domaine des technologies de l'information, qui seront créés à partir du déploiement de ce programme-là. Donc, il y a, je dirais, la convergence de l'économie, de la croissance économique, de l'innovation et des besoins de santé du Québec. C'est un bel exemple de connivence et de concertation que j'aime souligner.

**Le Président (M. Kelley):** Oui, très intéressant comme réponse. Moi, je me rappelle, comme jeune député, en 1995 ou 1996, la Commission de la culture a fait une consultation sur l'inforoute, et une des présentations était faite par la Régie d'assurance maladie du Québec sur l'éventuelle informatisation de notre système. Alors, 10 ans plus tard, je vois que les progrès sont faits. Alors, c'est très intéressant.

Il y a beaucoup de grands enjeux, blague à part, vraiment, au niveau de la protection de la vie privée des individus, et tout le reste, mais, quand tout ça est mis ensemble, je pense, pour notre système de santé, les possibilités sont énormes quant à la plus grande efficacité et le suivi des informations concernant les patients de notre système. M. le député de Laurier-Dorion.

#### **Différences avec le projet de carte santé à microprocesseur**

**M. Sklavounos:** Oui. Il y a déjà eu une tentative concernant un autre type de projet de ce type-là, le projet carte santé du Québec, qui n'a pas connu un grand succès

et qui a laissé une certaine impression négative chez les observateurs qui avaient regardé ça en profondeur. Serait-il possible pour le ministre de nous expliquer les principales différences entre ces deux programmes-là, puisqu'il y a possiblement de la méfiance concernant ce projet?

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, merci, M. le Président. Je dois quand même dire, en toute équité, qu'il y a des éléments du débat de la carte santé qui ont été incorporés dans la loi n° 83. Je pense qu'il faut quand même... Ce n'est pas entièrement du travail perdu. Mais malheureusement c'était mal planifié en termes de déploiement, c'est-à-dire qu'on voulait apporter comme solution la clé d'une maison qui n'était pas construite, c'est-à-dire une façon d'accéder à un réseau dont on n'avait pas planifié l'architecture, la fonctionnalité, les besoins par rapport aux besoins cliniques des médecins, et ça, je pense que ça a été le premier handicap de ce projet-là.

Le deuxième handicap, c'est que les citoyens ont vu là-dedans un peu le pouvoir de l'État omnipotent qui connaît tout et qui explore tous les secrets des vies personnelles des personnes. Attaché à la carte santé, il y avait le projet d'une banque centralisée de données et qui a soulevé beaucoup, beaucoup de réprobation au Québec et dans le milieu de la santé. Pourquoi? Parce qu'on a, je crois, à mon avis, rétrospectivement, et malgré l'énergie que beaucoup de gens ont mis là-dedans, et qui n'a pas été entièrement perdue, je le répète, parce qu'on a récupéré des éléments législatifs pour la loi n° 83, on a présenté largement ce projet comme un projet administratif, alors qu'au départ ça doit être un projet clinique qui vise à donner des réponses aux médecins et aux patients. C'est comme ça qu'on réussit.

Alors, on a retenu donc les critiques et les craintes de plusieurs façons, mais je pourrais en citer deux comme exemples — parce qu'il y a relativement peu de temps qui nous reste: la question du consentement d'abord. La plupart des autres pays — on a complexifié ça un peu au Québec, je dois le dire, là — considèrent que le consentement est implicite à partir du moment où un malade consulte un médecin. Ici, pour les organismes tels que la Commission d'accès à l'information et autres, ça n'a pas été accepté ou acceptable. Il faut que le consentement soit explicite.

Deuxièmement, la question des banques de données. On s'est éloignés d'une banque de données centralisée pour aller vers le modèle de banques de données régionalisées, bien sûr qui sont interconnectées, ce qui fait que, si vous êtes un citoyen des... (panne de son) ...en Gaspésie, si malheureusement il vous arrive quelque chose en Gaspésie, le médecin en Gaspésie pourra avoir accès aux données dans la banque de données de votre région. Mais ça, ça a amenuisé beaucoup les craintes d'une immense banque de données attachée à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui savait tout sur tout le monde. Et donc on a amenuisé, je crois, les craintes de cette question-là. La RAMQ se présente... conserve cependant des missions de conservation de données pour les médicaments, il faut le mentionner, de même que pour la gestion des consentements et la gestion des intervenants.

Alors, je pense qu'on a retiré de la leçon de la carte à puce plusieurs éléments qui ont été incorporés

dans le projet qui est devant nous, et surtout la nécessité fondamentale d'en faire avant tout un projet clinique qui répond à des besoins de système de santé des personnes qui y obtiennent des services ou qui y donnent des soins, et qui également amenuisent les craintes quant à la protection de la vie privée et la circulation de l'information.

Il n'est pas exclu qu'un jour on revienne à cette question de carte, la technologie pourra peut-être progresser, mais on n'est pas à la veille de faire ça. On a également choisi un système d'accès à clé public plutôt qu'à simple mot de passe, qui n'est pas idéal pour la question de la sécurité des renseignements, ce qui effectivement rend le système un peu plus lourd mais beaucoup plus fiable sur le plan de la sécurité, la confidentialité des données.

Je vois, M. le Président, que vous consultez l'horloge, et vous voyez le temps filer, et, comme tous ici, vous avez hâte d'aller vous coucher.

**Le Président (M. Kelley):** Une dernière minute dans l'anniversaire de Mme Rouleau arrive. Alors, je vais féliciter les membres de la commission pour votre discipline. Nous avons fait 10 rotations complètes. On est maintenant à 60 % des 15 heures consacrées à la santé faites. Pour les membres dévoués de la Commission des affaires sociales, nous avons fait maintenant 50 % de nos crédits, 22 heures, sur les 44 heures devant la Commission des affaires sociales, sont faites. Alors, on mérite un petit congé demain, alors on ne siège pas avant 15 heures, demain après-midi. Alors, on est, le bloc 11 heures à 13 heures, congé pour notre travail. Merci beaucoup.

Alors, sur ça, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à 15 heures, demain après-midi, dans la même salle. Merci beaucoup.

*(Fin de la séance à 23 h 59)*