



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le vendredi 24 novembre 2006 — Vol. 39 N° 63

Interpellation: L'état du réseau de la santé et des services sociaux

**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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le vendredi 24 novembre 2006 — Vol. 39 N° 63

Table des matières

Exposé du sujet	
Mme Louise Harel	1
Réponse du ministre	
M. Philippe Couillard	2
Argumentation	4
Mme Louise Harel	4
M. Philippe Couillard	5
Documents déposés	6
Mme Charlotte L'Écuyer	6
Mme Solange Charest	7
M. Philippe Couillard	7
M. Jean-Pierre Paquin	8
Mme Solange Charest	9
M. Philippe Couillard	10
Mme Charlotte L'Écuyer	10
Mme Noëlla Champagne	11
M. Philippe Couillard	12
M. Jean-Pierre Paquin	13
Mme Noëlla Champagne	14
M. Philippe Couillard	14
Mme Charlotte L'Écuyer	15
Mme Louise Harel	16
Conclusions	16
M. Philippe Couillard	17
Mme Louise Harel	18

Le vendredi 24 novembre 2006 — Vol. 39 N° 63

Interpellation: L'état du réseau de la santé et des services sociaux*(Dix heures trois minutes)*

Le Président (M. Copeman): Bonjour, chers collègues, et bienvenue à cette séance de la Commission des affaires sociales qui se réunit dans le cadre de l'interpellation de Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, et M. le ministre de la Santé et des Services sociaux sur le sujet suivant: L'état du réseau de la santé et des services sociaux. Je vous rappelle que l'utilisation des téléphones cellulaires est interdite pendant les séances de la commission.

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

La Secrétaire: ...M. le Président. M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Merci. Je me permets, chers collègues, de rappeler brièvement le déroulement de la séance d'interpellation. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, l'interpellante, interviendra en premier, pendant 10 minutes; ce sera suivi par M. le ministre de la Santé et des Services sociaux pour le même temps de parole, c'est-à-dire 10 minutes. Par la suite, des interventions de cinq minutes sont allouées selon la séquence suivante: d'abord, un député de l'opposition, ensuite M. le ministre puis un député du groupe formant le gouvernement, et ainsi de suite. Si un député indépendant intervient, cinq minutes lui seront allouées sur le temps de l'opposition au quatrième rang de l'ordre de la séquence. 20 minutes avant la fin de l'interpellation, j'accorderai 10 minutes de conclusion à M. le ministre en premier suivies d'un temps de parole équivalent à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve pour une réplique qui viendra clore le débat. Enfin, vous le savez, le débat ne peut, à moins d'un consentement, dépasser midi.

Alors, sans plus tarder, je reconnais Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Exposé du sujet**Mme Louise Harel**

Mme Harel: Alors, je vous remercie, M. le Président. Je voudrais saluer les personnes qui vont participer à cette interpellation, le ministre, et l'adjointe parlementaire, et particulièrement mes collègues, Mme la députée de Rimouski, porte-parole de l'opposition en matière de services sociaux, et Mme la députée de Champlain, qui est porte-parole de l'opposition à l'égard des aînés.

Alors, M. le Président, nous en sommes à presque quatre ans du début du mandat du gouvernement libéral. Je vous rappelle que le premier ministre, alors chef du Parti libéral, a formellement proposé à la population en avril 2003, au moment de la campagne électorale, d'être jugé sur son gouvernement de la santé. Il a dit: Jugez-moi

sur les résultats; si je n'y arrive pas, vous saurez quoi faire, a-t-il déclaré en 2003. Alors, je comprends, M. le Président, qu'il y a déjà 64 % des Québécoises et des Québécois qui évaluent sévèrement la piètre performance libérale et qui jugent que la publicité gouvernementale à l'effet que ça va mieux est fausse et je voudrais vous faire la démonstration de l'imposture des promesses prises il y a quatre ans en regard du bilan que l'on peut faire maintenant.

Alors, M. le Président...

Le Président (M. Copeman): Question de règlement, M. le ministre.

M. Couillard: ...est-il parlementaire?

Le Président (M. Copeman): Honnêtement, je ne le sais pas. Ça dépend du contexte, ça dépend du ton. Je ne sais pas s'il y a une décision similaire.

Mme Harel: Si ça peut vous aider, je pense que je pourrais utiliser «abus de confiance». C'est à votre choix.

Le Président (M. Copeman): En tout cas, on est peut-être mieux de poursuivre, hein, je pense.

Mme Harel: Je poursuis, M. le Président. Alors donc, je voudrais d'abord commencer avec les promesses en matière de financement du système de santé.

M. le Président, les réinvestissements promis en milliards de dollars ne sont jamais venus, plus encore, malgré la progression de 4,8 milliards de dollars des transferts en santé conclus avec le gouvernement fédéral. Et je rappelle à cet égard les 2,8 milliards qui ont été signés grâce au gouvernement du Parti québécois. Alors, pour la période 2003-2004 et 2006-2007, c'est donc 4,8 milliards de dollars de transferts en santé conclus avec Ottawa. Et le gouvernement québécois, gouvernement libéral, qui avait promis d'injecter 1,2 milliard de dollars d'argent neuf en crédits supplémentaires, en 2003, n'a rien injecté du tout, M. le Président, et pas un sou d'argent neuf du gouvernement en crédits supplémentaires promis. Et au contraire la progression des transferts fédéraux en santé... le gouvernement libéral a même choisi de dépenser 584 millions de moins que l'argent reçu des transferts fédéraux en santé.

À cet égard, je voudrais déposer, M. le Président, un tableau de l'ensemble des budgets en santé, ceux des quatre dernières années du gouvernement du Parti québécois, ceux des quatre dernières années, je le répète, qui, en dollars courants, montrent des augmentations de 21,1 %, et ceux des quatre budgets du gouvernement du Parti libéral dont la progression en pourcentage est de 21 % et je suis capable, M. le Président, de démontrer qu'en matière d'argent neuf Québec n'a pas mis un sou dans la santé, préférant même soustraire un demi-milliard des transferts fédéraux en santé pour la même période, préférant les soustraire des budgets en santé. Alors, M. le Président, le Québec est, selon l'Institut canadien d'information sur

la santé, qui a rendu public son rapport tout récemment, la province qui enregistre, en 2006, les dépenses de santé par habitant les plus basses, soit 350 \$ par habitant de moins que la moyenne des provinces canadiennes, alors que le Parti libéral dans l'opposition avait juré, M. le Président, solennellement qu'il allait hausser les investissements en santé à la hauteur de la moyenne canadienne, ce qui supposerait 350 \$ par habitant de plus pour qu'ils tiennent leurs promesses, leurs engagements.

● (10 h 10) ●

En matière de maintien à domicile, après avoir promis de porter l'investissement dans les soins à domicile au niveau de la moyenne canadienne, soit 386 millions de dollars de plus, le gouvernement libéral a totalement échoué à remplir sa promesse. Le Québec se retrouve au dernier rang des provinces canadiennes pour ses investissements dans les services à domicile, selon l'Institut canadien d'information sur la santé. Je voudrais, M. le Président, également déposer un tableau des sommes d'argent qui ont été au cours des dernières années, depuis 2000-2001 jusqu'à 2005-2006, donc le tableau du financement des services à domicile qui démontre qu'il y a eu, en dollars constants, cette fois en vertu de l'indice des prix à la consommation de Statistique Canada... qu'il y a une très, très faible augmentation, alors que le ministre sait très bien que l'échec actuel des urgences dans les hôpitaux, du taux d'occupation, qui a substantiellement augmenté, des urgences dans les hôpitaux, c'est l'échec de la première ligne, l'échec de la première ligne, c'est celui du maintien à domicile qui est tellement déficient que souvent les personnes âgées en difficulté, vulnérables ou celles qui ont des problèmes de santé mentale vont se retrouver dans les urgences des hôpitaux.

Alors, M. le Président, je voudrais pouvoir démontrer qu'en matière de maintien à domicile le gouvernement libéral n'a pas rempli sa promesse et qu'il s'agit d'un échec à l'égard de ce qu'il a contracté envers la population.

Et je répète que, pendant ce temps-là, des dizaines de milliers de personnes en perte d'autonomie vont grossir les rangs des patients sur civière dans les urgences et les unités de débordement des hôpitaux. Alors, près de quatre ans également après avoir promis d'éliminer l'attente, d'offrir des soins en tout temps partout au Québec, 29 % des Québécoises et des Québécois, comparativement à 17 % des Canadiens, se retrouvent sans médecin de famille, selon un sondage mené pour le compte du Collège des médecins de famille du Canada. Selon les indicateurs, qui viennent confirmer cela, de Statistique Canada, indicateurs de la santé, il y a 1 607 000 Québécois âgés de 12 ans et plus qui n'ont pas accès à un médecin de famille et qui déclarent, lors des recensements, ne pas avoir accès à un médecin de famille, alors que l'on sait que, si on additionne les enfants, c'est plus de 2 millions de Québécoises et Québécois de tout âge qui n'ont pas accès à un médecin de famille. Des 300 groupes de médecine de famille dont l'implantation était prévue par le précédent gouvernement, seul le tiers, 119 d'entre eux, sont actuellement en opération.

«L'attente», M. le Président, mot honni selon le Parti libéral, en 2003, l'attente s'est aggravée. Alors que le Parti libéral promettait, et je les cite, «de combattre l'attente sous toutes ses formes», l'enquête annuelle réalisée par l'Institut Fraser révèle qu'au Québec, entre 2001 et 2006, l'attente totale entre la visite chez un omnipraticien et le traitement a augmenté de 14 jours. Il en va malheureusement de

même, M. le Président, pour les personnes en attente hors délai médicalement acceptable. La promesse libérale était claire. Je les cite: «Il faut opérer plus. Nous allons ouvrir les salles d'opération fermées, faute de budget.» Fin de la citation. Pourtant, les données disponibles, en date d'aujourd'hui, sur le site du ministère indiquent que 33 975 de nos concitoyennes et concitoyens attendent, hors délai médicalement acceptable, une chirurgie de la hanche, du genou, de la cataracte mais surtout une chirurgie d'un jour ou une chirurgie avec hospitalisation. En additionnant les 1 318 chirurgies du genou et de la hanche pour lesquelles la durée hors délai médicalement acceptable a été allongée de trois à six mois, c'est un total de 35 293 personnes qui avec anxiété, aujourd'hui, attendent, hors délai médicalement acceptable, une intervention chirurgicale.

Et que dire, M. le Président, des patients dans les corridors des urgences et les unités de débordement? Alors que le Parti libéral s'engageait à maintenir le taux d'occupation des urgences à 80 % et à ouvrir des lits sur les étages des centres hospitaliers, ce sont des taux d'occupation de 140 %, 150 %, des pointes jusqu'à 250 % et plus que connaissent les patients dans les corridors des urgences de nos hôpitaux. Pire encore, les statistiques ministérielles sont faussées, alors que la durée maximale du séjour de 48 heures à l'urgence s'allonge fréquemment de plusieurs jours dans des unités de débordement sans installation sanitaire adéquate, dans la promiscuité propice à la transmission des maladies nosocomiales, notamment le C. difficile. Et je rappelle, M. le Président, que, s'il avait fallu que les gouvernements précédents se résignent aux accidents de travail en plaçant qu'il y aura toujours des accidents sur les chantiers, comme le fait l'actuel ministre de la Santé pour les infections nosocomiales, nous n'aurions pas assisté à la formidable mobilisation collective pour atteindre l'objectif de zéro accident sur les chantiers.

M. le Président, je reproche au ministre de la Santé une attitude de technocrate dans ce dossier.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour une intervention d'une durée maximale de 10 minutes.

Réponse du ministre

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Mais, M. le Président, il y a beaucoup de thèmes à toucher dans cette intervention parce qu'effectivement, presque quatre ans plus tard après notre arrivée au gouvernement, il y a un bilan qui est quand même largement positif, et agence après agence viennent le dire en Commission des affaires sociales, actuellement. Et, même si rien n'est parfait, et encore beaucoup reste à faire — et on ne dit pas que ça va bien, on dit que ça va mieux et on peut prouver que ça va mieux et que c'est la première fois que ça va mieux, de façon soutenue, deux ou trois années consécutives, dans le réseau — je mets la députée au défi de citer une période semblable au cours des 15 dernières années ou une amélioration aussi soutenue de plusieurs éléments, notamment l'accès aux soins.

Je vais rapidement passer sur plusieurs points qui ont été soulevés. Donc, le budget, l'investissement majeurs du gouvernement de 4,2 milliards en santé est

considérable et, compte tenu des limites financières des finances publiques du Québec, est certainement un signe de la véritable priorité accordée au système de santé. Effectivement, il y a eu également des nouveaux services développés, plus de un demi-milliard de nouveaux services développés avec cet argent-là. Et, si on prend quelques éléments qui ont été mentionnés par la députée, en soins à domicile, il faudrait rappeler qu'entre 1995 à 2000 il y a une diminution réelle — je dis bien une diminution réelle — de 8,5 % de l'investissement en soins à domicile, fermeture de plus de 4 000 lits d'hébergement et gel de l'hébergement tout en n'investissant pas dans la communauté pour accueillir ces personnes-là. Alors, je pense que c'est une des grandes catastrophes. En fait, le bilan précédent se divise en catastrophes et en occasions manquées, puisqu'après ces erreurs majeures qui ont été soulignées par de nombreux intervenants, comme les mises à la retraite... en médecine, etc., on a assisté à des mauvais choix budgétaires.

Au début des années 2000, il y a eu de l'argent fédéral qui a été envoyé au Québec en raison de l'augmentation des transferts de péréquation, et, au lieu de l'investir dans les nouveaux services, il a été littéralement englouti dans les bases budgétaires des établissements, sans effet, puisque les déficits se sont rétablis dans les années qui ont suivi parce qu'on n'indexait pas correctement les établissements. Effectivement, le rapport de l'Institut Fraser nous montre qu'il y a des progrès importants, bien sûr un défi dans l'articulation entre le médecin de famille et le spécialiste, mais il ne faudrait pas oublier quand même de mentionner aux Québécois que le Québec est en troisième position au Canada pour l'accès aux soins médicaux spécialisés. Et, en fait dans quatre spécialités, le Québec est en première place au Canada, dans le rapport. Alors, il faut bien sûr faire un bilan équilibré de ça, et ce qui est largement un succès.

Pour ce qui est de l'accès aux chirurgies, s'il est un endroit où il y a un succès indubitable, c'est bien celui-là. Et je parlerai plus tard, probablement, des succès en radio-oncologie où on a littéralement effacé le problème d'attente hors délai qui avait été laissé par le gouvernement précédent. Neuf ou 10 patients actuellement en attente de plus de quatre semaines. Effectivement, il y a eu une réduction des patients hors délai, quelle que soit la façon dont on les compte. Et même le rapport sur l'état de santé de la population publié par le directeur national de santé publique fait état d'une baisse de 50 % des listes d'attente dans la majorité des chirurgies. Il y a plusieurs exemples de ça, et on en fera part au cours de ces débats, j'en suis certain.

Je voudrais quand même passer un peu plus de temps, M. le Président, avec la députée de l'opposition pour faire une étude particulière de la situation du C. difficile. Et j'aimerais avec elle discuter certains faits et pour cela je vais lui transmettre, avec votre permission, un document qui est la présentation faite par le Dr Alain Poirier, directeur national de santé publique, le 16 novembre 2006. Et j'aimerais que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve suive ce document avec moi parce qu'il y a des éléments importants. Alors, je vais le lui transmettre.

Le Président (M. Copeman): ...le dépôt de ce document ou simplement pour transmission?

M. Couillard: On peut le transmettre. Et c'est un document qui est disponible.

Le Président (M. Copeman): Très bien.

M. Couillard: Alors, je vais demander à Mme la députée de suivre ce document avec moi parce que c'est important de le faire. Et de toute façon pour les médias et la population c'est un document qui est accessible. Il y a deux messages qui sont particulièrement pernicieux malheureusement alors qu'on vit une situation sérieuse avec les infections nosocomiales, qu'on ne doit pas répéter, et je fais appel au sens de responsabilité de la députée ici qui est bien connu.

● (10 h 20) ●

D'abord, je voudrais parler de l'impression qu'on veut donner que le Québec est le seul endroit au monde, au Canada ou au monde occidental où on a des problèmes d'infections nosocomiales. Alors, prenons ce rapport du Dr Poirier et regardons, dès la page 2, la situation en Grande-Bretagne. On constatera qu'il y a une augmentation fulgurante du nombre de cas semblables, notamment du C. difficile, sur la même période. De la même façon, on a environ 19 États américains actuellement qui sont en l'effet d'une pandémie. Nous avons bien sûr une enquête du coroner, au Québec, pour l'Hôpital Honoré-Mercier. Au même moment, il en existe une autre, en Ontario, sur l'Hôpital de Sault Ste. Marie pour 18 décès attribués à la même bactérie.

Donc, le Québec n'est pas seul dans ce combat, et, s'il se distingue, ce n'est pas d'avoir le problème, c'est de le rendre public et de rendre les données transparentes, et je crois que, là, il y a de quoi être fier. Et il y a un risque politique bien sûr majeur, parce que, si on fait le pari de la transparence, si on fait le pari d'informer nos concitoyens et concitoyennes de la situation, de façon presque sans égale, par rapport à ce qui existe ailleurs, je pense qu'il n'y a que l'État d'Ohio aux États-Unis, actuellement, qui a un système de rapports comme celui que nous avons actuellement, au Québec. Et la plupart des pays qui viennent participer aux colloques internationaux disent à voix basse que la situation est bien pire chez eux mais que bien sûr les médias n'en parlent pas, car l'information n'est pas accessible.

Si on passe maintenant à la page suivante, et je voudrais attirer l'attention de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve sur cette page — et, je vais la rassurer tout de suite, je n'entends pas du tout donner une coloration partisane au débat, de dire que l'épidémie de C. difficile, c'est la faute du gouvernement précédent, ce n'est pas de notre faute, ce n'est pas là-dessus... je pense qu'il y a deux éléments qu'à ma suggestion elle devrait rajuster dans son discours. D'abord, si elle regarde le diagramme du bas — je vais lui expliquer brièvement de quoi il s'agit — à la page 3, il s'agit des données de deux types. Les premières données, ce qu'on appelle les données Med-Écho, ce sont les données qu'on retrouve sur les feuilles de congé des hôpitaux, donc des données rétrospectives dont le degré de fiabilité, on le sait, est toujours plus ou moins fiable. Et on observe donc, par la suite, la nouvelle période avec le programme de surveillance, qui consiste en des données beaucoup plus précises. Alors, regardons la situation avant 2002-2003 et on verra que ce n'est pas nouveau, le C. difficile, au Québec.

Et, comme médecin praticien dans les établissements, pendant 20 ans, au Québec, j'en ai vu, des... infections nosocomiales, au fil des années, et, notamment

pour le C. difficile, on voit que c'est un problème qui est préexistant, qui est d'ailleurs commun à tous les systèmes de santé. Il n'y a pas qu'au Québec où ça existe. On voit que l'apparition de la courbe qui mène à l'épidémie majeure de 2003-2004 se situe à peu près à la moitié de l'année 2002-2003. Qu'est-ce qu'on a à ce moment-là? On a d'abord une perte de la variation saisonnière pour une augmentation soudaine du taux jusqu'à un sommet charnière entre l'année 2003-2004 et 2004-2005 et probablement attribuable largement à deux éléments: d'une part l'introduction d'une souche très virulente au Québec et également des questions naturellement de méthode de contrôle qui certainement n'étaient pas à niveau dans notre système de santé.

Donc, il ne faut pas laisser croire à la population qu'il n'y a qu'au Québec qu'il y a ce problème-là et il ne faut pas laisser croire à la population que c'est un problème qu'on peut éradiquer. Il n'y a aucun système de santé au monde qui va éradiquer le problème de l'infection nosocomiale, malheureusement. Ce qu'on doit faire, c'est viser à le remettre à des niveaux historiques ou des niveaux voisins du niveau historique et bien sûr, par des traitements et des dépistages plus agressifs, minimiser le nombre de décès.

Maintenant, si on va à la page suivante, on a le nombre de cas par année. Alors, ce qu'on constate: avant 2002-2003, c'est une moyenne, au Québec, de près de 3 300 cas par année. Donc, quand on donne l'impression à la population qu'avant il n'y en avait pas puis que maintenant il y en a, c'est une déformation. Je suis certain que c'est involontaire de la part de l'opposition, là. Mais il faudrait quand même rapporter les faits tels qu'ils sont. On voit qu'on est montés jusqu'à près de 7 000 cas, au pic de l'épidémie, et actuellement on est revenus autour de 3 900 cas, ce qui est quand même une amélioration qu'il faut poursuivre, une amélioration qu'il va toujours être difficile de maintenir et d'accentuer compte tenu du fait que cet élément va toujours être parmi nous.

Alors, je pense que c'est important. Puis je fais appel ici non pas sur un ton partisan, parce que j'aurais pu parler des budgets, j'aurais pu parler de toutes sortes d'éléments comme ça, mais je veux juste m'en tenir à la chronologie objective des éléments puis aux données épidémiologiques pour demander à la députée de l'opposition et à son parti de rajuster un peu le discours là-dedans. Est-ce qu'il y a des efforts à faire? Oui. On va continuer ces efforts-là, puis on les mène de façon également, et on aide les établissements, avec les autorités de santé publique, à introduire le plan de surveillance et le plan de contrôle, mais, s'il vous plaît, ne disons pas à la population ce qui n'existe pas, c'est-à-dire qu'il n'y a qu'au Québec que ça existe et qu'avant il n'y en avait pas, parce que c'est la notion que la population reçoit, là, avec ce genre de question. Et forcément on ne rend pas service à personne et notamment pas à la population en donnant ce type d'information.

Le reste, ce sont des données essentiellement techniques que le Dr Poirier a présentées. Mais je pense que l'ensemble de ce document est fort intéressant. Alors, je voulais prendre un peu plus de temps sur la question des infections nosocomiales parce qu'il est évident que ça inquiète beaucoup notre population, nos citoyens et nos citoyennes. Et je voudrais que l'ensemble des personnes qui sont intéressées à cette question, les médias, les citoyens puissent obtenir ce document. Il est disponible et il pourra leur être distribué au besoin.

Il y a énormément d'autres sujets qui ont été effleurés par la députée lors de son intervention. On y reviendra certainement, au cours de cette interpellation. Par exemple, les salles d'urgence, on en a parlé hier, lors d'un débat de fin de séance. Il est exact et également rigoureusement vrai que c'est la première fois depuis des années que, malgré une augmentation continue de la demande de soins, pendant deux années consécutives, on a eu une amélioration de certains indices — une amélioration. Ce n'est pas parfait. Une amélioration. Il existe effectivement des unités de débordement. On en a discuté très franchement, hier. Nous allons toutes les inspecter, les rapporter, les montrer à la population et les ajuster. On y reviendra certainement, au cours de notre débat, M. le Président.

Argumentation

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, pour un temps de parole de cinq minutes.

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, je vous remercie, M. le Président. M. le Président, je pense que personne, dans cette Chambre, dans cette Assemblée, n'a jamais prétendu qu'il n'y avait pas présence de bactéries de diverses souches. La situation cependant présente une aggravation de la situation, du fait que c'est une souche virulente et qu'il y a non pas simplement des personnes infectées, mais des personnes décédées. Et les décès, la question qui se pose: Auraient-ils pu être évitables? Je pense, M. le Président, que ce n'est pas sans raison que le ministre a demandé au ministre de la Sécurité publique, de la Justice de faire en sorte qu'il y ait enquête du coroner sur les 12 décès intervenus à Saint-Hyacinthe. Mais je lui posais la question à l'égard de ce décès, là, d'une personne âgée qui a eu son congé de l'Hôpital de Trois-Rivières, du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, qui a eu son congé alors qu'elle était infectée, qui a passé trois jours chez elle, avant de revenir dans un corridor d'urgence, pendant trois jours, infectée sur une civière, dans un corridor d'urgence.

M. le Président, d'abord je ne comprends pas l'entêtement du ministre à ne pas inscrire le C. difficile dans la liste de 79 maladies à... infections, plutôt, 79 infections à déclaration obligatoire. Il m'apparaît, M. le Président, que ça assurerait une transparence. Parce que la transparence, M. le Président... dans le cas de Saint-Hyacinthe, on avait encore, en date de la semaine dernière, l'état de situation de juin dernier, alors que l'écllosion de l'infection s'est faite en juillet. Bon. D'abord. J'aimerais aussi, M. le Président, rappeler au ministre — certainement que ma collègue de Champlain le fera encore mieux que moi — mais que le Parti libéral promettait de trouver une place dans un CHSLD pour désengorger les urgences. Et c'était là un engagement de la campagne électorale. Et c'est le contraire qui s'est produit: c'est un total de 5 784 aînés en perte d'autonomie qui attendent, en 2006, une place en hébergement et de soins de longue durée.

Je ne dis pas qu'ils sont tous à l'hôpital, mais je dis qu'il y en a 5 784 qui ont été évalués comme leur permettant, là, d'être accueillis pour des problèmes de grave perte

d'autonomie. Sur ces 5 784, il y en a 457 de plus qu'en 2003, de ces personnes qui attendent. Et en fait il y a 1 258 places en CHSLD qui ont été fermées depuis l'arrivée du gouvernement libéral. Le ministre pourra bien nous dire, M. le Président, que le gouvernement précédent en avait fermé, mais je rappelle que le gouvernement précédent a investi 109 millions de dollars en moyenne, par année, pour les immobilisations. C'étaient des hospices, c'étaient des salles de six, 12 patients qui ont été transformées, M. le Président, alors qu'il y a manifestement un grave problème avec le vieillissement de la population, grave problème parce que la désinstitutionnalisation de l'hébergement des personnes âgées, M. le Président, provoque ce qu'on connaît actuellement, c'est-à-dire une très forte présence de civières dans les corridors des urgences.

J'aimerais aussi terminer — en fait, pas terminer, parce que je pense que j'aurais besoin de beaucoup plus de temps — mais au moins aborder les autres engagements du gouvernement lorsqu'il était en campagne électorale, il y a trois ans et demi maintenant, par exemple la charte des droits des patients. Avez-vous idée de combien il y en a, là, des patients qui ont passé cinq, six, sept jours, une semaine, dans les unités de débordement, sans installation sanitaire adéquate? Pensez-vous qu'il y en a, des patients qui aimeraient pouvoir invoquer la charte des droits des patients qui avait été promise par le Parti libéral en campagne électorale, qui a été mise au rancart dès son arrivée au gouvernement?

● (10 h 30) ●

Je rappelle la nomination du Commissaire à la santé, qui avait été aussi une promesse d'indépendance par rapport au gouvernement, avec sa nomination par l'Assemblée nationale. Depuis que le Commissaire est nommé, je peux dire qu'on n'en a pas entendu parler. Il est resté totalement muet, M. le Président. Et puis que dire aussi de la gratuité des médicaments? Le premier ministre lui-même avait écrit en campagne électorale pour confirmer la gratuité des médicaments pour les personnes recevant le supplément de revenu et les personnes assistées sociales, alors que, sur un total de 580 000 personnes qui s'attendaient à obtenir la gratuité des médicaments, jusqu'à maintenant il y en a 8 %, seulement 41 000, de celles à qui le premier ministre a promis la mesure... en ont bénéficié. Et je dois vous dire que la hausse du coût de la vie à laquelle on avait promis la hausse des primes, eh bien, M. le Président, la hausse du coût de la vie atteignait jusqu'à maintenant 5,9 %; la hausse des primes, 16,9 %. Alors, M. le Président, on comprend pourquoi la population se sent trompée.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour également cinq minutes.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: M. le Président, je voudrais d'abord prendre acte effectivement que la députée reconnaît bien que ce n'est pas un problème nouveau et que c'est un problème plus intense en raison de l'apparition d'une souche virulente. Je pense que c'est important qu'on fasse ce constat parce que la population y gagne en qualité d'information. Mais là également il y a les vérités qu'il faut dire à la population. Il ne faut pas non plus laisser entendre — et je suis certain que ce n'est pas ce que la

députée voulait faire, là, je ne mets pas ça en cause du tout — il ne faut pas laisser entendre à la population qu'il n'y avait pas de décès d'infections nosocomiales, notamment du C. difficile, avant l'épidémie de 2003-2004. Il y en a eu à chaque année; et non seulement du C. difficile, mais d'autres types de bactéries. On a vu à Shawinigan, récemment, une éclosion d'entérocoque, qui est un autre type de bactéries nosocomiales. Il y en aura au cours des prochaines années. Ce qu'il faut, c'est les dépister rapidement et les contrôler rapidement. De toute évidence, dans le cas d'Honoré-Mercier, il y a eu un délai de réponse, et on va tirer ça au clair avec l'enquête du coroner. Même chose pour le cas de ce malade de Trois-Rivières: on va faire la lumière, et il y a une enquête qui est faite par l'établissement. La santé publique est dans le dossier, et certainement que la lumière sera faite là-dessus.

Je vais également dire quelques mots sur la question — ça fait plusieurs fois que la députée revient sur cette question — de l'inscription ou non de la C. difficile. J'ai eu l'occasion d'en parler encore, cette semaine... ou la semaine dernière, plutôt, avec le directeur de santé publique et lors d'un colloque, les Journées annuelles de prévention des infections, qui avaient lieu à Montréal, la semaine dernière. Et actuellement il n'y a pas de recommandation des autorités de santé publique de faire ça, considérant selon eux que cela n'apporte aucun avantage par rapport au système qui est actuellement sur place, le système de déclaration. Et, je dirais, là-dessus évidemment on peut faire des discours politiques sur toute sorte d'éléments, mais, quant à la décision ou non d'une inscription d'une pathologie à déclaration obligatoire, je peux vous dire, M. le Président, que, le jour que les autorités de santé publique vont m'en faire la recommandation, ce sera immédiatement fait si ça se fait.

Ce n'est pas une affaire d'argumentation politique, ça. Il y a les bonnes raisons de ne pas le faire actuellement, compte tenu des bénéfices ajoutés que ça n'apporte pas... et aux patients qui sont traités et qui sont affectés par la bactérie. Et je répète encore une fois mon invitation. Je pense que d'ailleurs la députée l'a prise au mot. Moi, je crois qu'il serait très utile pour la députée et même pour le caucus de l'opposition de rencontrer les autorités de santé publique, de se faire expliquer les notions d'épidémiologie, pourquoi cette question d'inscription, pas inscription, qu'est-ce qui est fait actuellement dans les établissements. C'est une période actuellement qui est difficile parce qu'il n'y a aucun doute que la population est inquiète par la présence d'infections nosocomiales dans nos hôpitaux. Alors, n'en rajoutons pas parce que, là, on fait courir un grave risque au système de santé, non seulement au système de santé, mais aux personnes elles-mêmes qui pourraient vouloir différer des traitements ou des interventions nécessaires en raison de cette crainte-là.

Alors, on a tous à adopter une attitude responsable dans ce dossier-là, et, moi, je me garde bien de dire que c'est la faute du gouvernement précédent s'il y a eu une épidémie en 2003-2004 et je ne le ferai pas. Alors, je pense qu'il faut qu'on soit équilibré de part et d'autre, dans le discours sur cette question qui est excessivement grave, parce qu'au cours des prochaines années il va y en avoir encore, de ces infections-là, quelles que soient les personnes qui seront à l'exercice du gouvernement, et il faut faire en sorte qu'on donne l'information correcte à la population.

La question de l'hébergement, on y revient souvent. Effectivement, le nombre de personnes, je vais quand même le corriger parce que je ne sais pas exactement de quelles statistiques la députée parle. Dans les établissements hospitaliers, le nombre de personnes actuellement en attente d'hébergement qui sont dans les lits de soins aigus est de 373 — on est loin du 5 000, là — personnes dans des lits de soins aigus qui attendent d'être placées soit en hébergement soit dans d'autres types de ressources, et effectivement c'est les tendances qu'il faut garder pour les prochaines années. Il faut garder le cap sur les vraies solutions. Effectivement, d'ailleurs, on a vaste programme de rénovation, de construction de CHSLD qui est commencé depuis 2003, qui va se poursuivre avec une nouvelle vague qui va être annoncée prochainement. Il y a des nouveaux lits de CHSLD qui vont être installés dans certaines régions où c'est nécessaire, mais on ne continuera pas le cap un peu automatiste d'hébergement, là, et d'institutionnalisation des personnes âgées qui nous a amené dans la situation où on est.

Il faut avoir une approche équilibrée qui mêle les soins à domicile et les ressources alternatives d'hébergement à l'ouverture de places lorsque c'est nécessaire. Et, lorsque dans certaines régions... et là il y a une grosse différence avec ce qui a été fait auparavant, alors qu'on a fermé plus de 4 000 lits en hébergement. On n'a investi presque rien dans la communauté pour prendre en charge les personnes âgées. Dans les régions où parfois nous transformons, c'est important de le dire, transformons les lits de soins prolongés, nous prenons les budgets de ces lits de soins prolongés, et ils sont immédiatement réinvestis en soins à domicile plus intensifs et plus actifs de même que dans les ressources alternatives d'hébergement, parce que c'est ce qu'il faut viser, c'est un virage que nous devons prendre et que d'autres pays ont pris bien avant nous. Et, sur le plan des soins à domicile, je dirais qu'on n'a rien à envier de l'hébergement au gouvernement précédent avec les rapports qu'on connaît du Vérificateur général et du Protecteur du citoyen qui ont émaillé dans l'actualité, au cours des dernières années, situation difficile, certainement.

On a actuellement, avec le programme de visites, beaucoup d'institutions qui s'améliorent et on va les soutenir, M. le Président.

Documents déposés

Le Président (M. Copeman): Merci. Avant de céder la parole à Mme la députée de Pontiac, j'autorise le dépôt des tableaux Budget en santé et Maintien à domicile de la part de la députée d'Hochelega-Maisonnette. Mme la députée de Pontiac et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Mme Charlotte L'Écuyer

Mme L'Écuyer: ...M. le Président. Je veux saluer le ministre de la Santé, mes collègues et les collègues d'en face. Ça me fait plaisir aujourd'hui d'intervenir lors de cette interpellation.

Je veux surtout parler de l'expérience de l'audition des 10 rapports des agences qu'on vient de compléter. Ce qui est surtout ressorti de ces auditions-là, bien qu'il y ait encore beaucoup de travail à faire au niveau de l'ensemble du service de santé et des services sociaux, il

nous apparaît y avoir des résultats assez intéressants. Je me souviens, entre autres, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière qui dit que, pour la première fois, elle a augmenté ses effectifs médicaux à 70 %. Quand on entend ça, c'est bien évident qu'on réalise qu'il y a des réformes qui ont été faites depuis 2003, qui fonctionnent. Pour ce qui est des personnes âgées au niveau de la Montérégie, on s'est fait dire qu'il y avait à peine 60 personnes âgées dans les lits de courte durée. Et je pourrais confirmer que, dans l'ensemble des agences, la situation est à peu près la même. On a vu une diminution des personnes âgées dans les lits de courte durée parce que l'ensemble des agences et du réseau qui travaille avec ces agences-là ont mis de l'énergie à créer des ressources alternatives pour que les personnes âgées se retrouvent à la bonne place, soit en hébergement ou dans les autres ressources alternatives.

Ce qui m'a surtout frappée en écoutant les agences, pour quelqu'un qui vient du milieu de la santé et quelqu'un qui a vécu les départs massifs à la retraite, je me souviens, une journée, quand ça nous avait été annoncé et que les gens devaient quitter pour le 1er juillet, on était en comité de gestion, et tout le monde, on était assis avec les cadres et on s'est dit: On vient de nous casser complètement le système. Et, quand on a dit qu'on venait de casser le système, c'était le dernier des effets que les établissements pouvaient subir parce qu'on avait été, les années antérieures, de compressions en compressions. Et, quand M. Bouchard a dit le 18 juin 2004: Les négociations ont été très difficiles, mais on a fini par trouver une solution, il y a beaucoup de retraites pour les hôpitaux, ça n'a pas été bon, je crois. Je pense que ça veut tout dire. Puis on ne peut pas penser que le système qui venait d'être complètement défait et démolit... Je me souviens, moi, des établissements qui ont perdu, dans les salles d'opération, toutes les infirmières qui ont quitté — il fallait que ces gens-là quittent pour le 1er juillet; qui ont quitté — pour aller à la retraite.

On avait des gens qui quittaient, le 1er juillet, à la retraite. Il y a des gens qui quittaient pour les vacances. On venait de fermer et de paralyser complètement des départements. Et, à l'audition des agences, j'étais fière d'écouter ce que les agences avaient à dire parce que c'est là qu'on réalise que les réformes qui ont été mises en place depuis 2003 commencent à donner des résultats.

● (10 h 40) ●

Il faut réaliser que nous avons à reconstruire un réseau qui était quasiment à terre. On avait une absence d'infirmières, une pénurie d'infirmières, une pénurie de médecins. L'ensemble des établissements essayaient, depuis les années à la retraite, dans le fond de survivre, et là les établissements commencent à collaborer. Avec les fusions des établissements, on commence à voir apparaître des réseaux intégrés, et il y a des agences qui en ont fait la preuve, que les réseaux intégrés fonctionnent. Je ne dis pas que ça fonctionne à 100 %, mais on peut voir les résultats qui commencent à apparaître. Quand on a des agences qui nous disent que, depuis de nombreuses années, c'est la première fois qu'ils ont autant de médecins, ça m'apparaît comme étant de très, très bons résultats.

Il n'y a pas une agence qui est arrivée en nous disant: Tout est fait, tout est parfait, nous avons réglé tous les problèmes. Il y a des problèmes qui ont été soulevés, mais, moi, je pense que nous sommes dans la bonne voie, on en a des résultats, et les investissements

qui ont été faits depuis 2003 portent fruit. Bien qu'il y ait encore des difficultés, comme je disais tantôt, on est en train de redonner à la population le réseau de santé qu'ils sont en droit de s'attendre.

M. Bouchard le disait aussi le 19 juin: «La mise à la retraite massive d'infirmières et de médecins a été malsaine pour les hôpitaux.» Quand on dit «malsain», ça veut tout dire. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. Mme la députée de Rimouski et porte-parole de l'opposition officielle en matière des services sociaux.

Mme Solange Charest

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. En matière d'accès aux services sociaux, on ne peut pas dire que la performance du gouvernement est sur la bonne voie. Au contraire, elle est très loin sous la note de passage, et ce sont les personnes ayant un handicap, que ce soit un handicap intellectuel, physique, un trouble envahissant du comportement, ce sont les membres des familles de ces personnes aussi qui continuent, pour payer l'incapacité du gouvernement, à leur offrir les services comme tels.

Rappelons-nous que, pour la déficience intellectuelle, de 2002 à 2005, 303 personnes de plus sont en attente d'un service, et il faut se rappeler que le programme de soutien aux personnes atteintes d'une déficience intellectuelle, lui, a subi une coupure de 19 heures. On est passé de 159 heures en moyenne, annuellement, en 2001-2002, à 140 heures en 2004-2005. Et, si je regarde les listes d'attente pour les usagers en attente d'un premier service — et là je parle strictement pour l'année 2005-2006 — pour la déficience intellectuelle, chez les enfants et les moins de 17 ans, c'est 808 personnes qui sont en attente d'un premier service. Et, pour les données pour 2002-2003, il y avait 1 141 personnes avec une déficience intellectuelle qui attendaient un premier service. En 2005-2006, c'est 1 432.

Et, si on regarde le trouble envahissant du comportement, il faut se rappeler que, là aussi, chez les jeunes de moins de 17 ans, hein, ça veut dire les enfants de zéro à quatre ans et les jeunes de cinq à 17 ans, pour l'ensemble de ces deux clientèles c'est 909 enfants et jeunes qui attendent pour un premier service — et on ne rit pas, là, parce que c'est un trouble envahissant du comportement — alors qu'en 2002-2003 il y avait 232 personnes qui attendaient pour un premier service et, en 2005-2006, c'est 993 au total, dont 909 sont des jeunes de moins de 17 ans. Et, si globalement on regroupe la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, les usagers, les personnes ayant ce type de problème, en 2002-2003, ils étaient 1 373 à attendre un service; cette année, 2005-2006, ils sont 2 425.

M. le Président, je pense qu'il y a là de quoi nous faire réfléchir et se rappeler que, oui, c'est vrai, il y a eu des promesses, des promesses qui nous disaient que l'attente en matière de santé et de services sociaux, ça signifiait la souffrance ou la détresse, et le gouvernement libéral s'était engagé à combattre l'attente sous toutes ses formes. Et on se disait aussi qu'attendre quand on a besoin d'aide n'est pas plus acceptable que d'attendre quand on est malade. Et c'est à croire que le gouvernement libéral, après la campagne électorale, a tout oublié ça. Pourtant,

on retrouve ces affirmations dans le document *Partenaires pour la santé*.

Je pense qu'il y a là une illustration, avec ces listes d'attente, d'un échec de la stratégie du gouvernement actuel pour offrir des services de réadaptation tels que promis aux personnes ayant un problème de déficience intellectuelle, de troubles envahissants du comportement et surtout aux parents aussi qui ont besoin de soutien, de support et, lorsqu'ils sont référés par les professionnels de la santé, qu'ils puissent avoir accès aux services. Et ce dont on assiste, ce sont plutôt des dénonciations de parents, d'organismes communautaires, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle qui se sentent mal à l'aise à chaque fois qu'ils ont un citoyen ou une citoyenne, quel que soit son âge, de se voir refuser la possibilité d'offrir le service parce qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour répondre aux besoins. Et dans le fond je pense que ce n'est pas tout de promettre des choses, il faut que les bottines suivent les babines. Et, dans ce qui nous concerne, en termes de réadaptation, on n'a pas encore vu sur le terrain, concrètement, des avancées, puisque les listes d'attente continuent de s'allonger.

Je dois rappeler que les centres de réadaptation en déficience intellectuelle connaissent très bien leurs clientèles, et tout ce qu'ils ont besoin, ce sont des ressources. Oui, M. le Président, à la lumière des promesses rompues, les personnes handicapées, les parents de ces enfants-là et de ces jeunes-là sauront quoi faire. Merci.

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

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. C'est un des sujets qui, il me semble, devraient être abordés avec une certaine gêne, du côté de l'opposition.

Je vais commencer par l'élément qui est le plus symptomatique ou le plus emblématique de cette gêne qui à mon avis devrait être dans le discours de l'opposition, c'est la question des troubles envahissants de développement. La raison, M. le Président, pour laquelle il y a plus d'enfants en attente maintenant qu'il y en avait... c'est qu'il n'y avait pas de programme en 2002. Alors, quand il n'y a pas de programme, on ne demande pas d'y être admis, parce qu'il n'y en a pas. Et d'ailleurs on se souvient qu'à l'époque les parents des enfants atteints de troubles envahissants de développement avaient déposé un recours collectif contre le gouvernement sur la base de cette absence totale — je dis bien totale. Il n'y avait aucun programme structuré pour les troubles envahissants du développement avant 2003. Pourtant, cinq ans avant, il y avait eu... du guide sur l'autisme, et ça a mené, cinq ans plus tard, à un investissement non récurrent de 2 millions de dollars. Ça, c'est le véritable bilan.

Alors, de notre côté, à notre arrivée, il a fallu bien sûr constater qu'il fallait bâtir de toutes pièces un programme pour les troubles envahissants de développement qui était inexistant. Il a fallu donc investir plus de 30 millions, en fait 32 millions de dollars, récurrents dans la création de ce programme-là qui effectivement, et on va voir tantôt la situation de la déficience intellectuelle, a reçu une grande part des ressources et certainement que les enfants qui ont des problèmes de déficience

intellectuelle mais qui ne sont pas atteints de troubles envahissants de développement auraient pu recevoir plus de ressources nouvelles s'il n'avait pas fallu créer ce programme-là.

Donc, ce programme a permis donc à 3 827 personnes de recevoir des services en 2004-2005, par rapport à 3 000 personnes en 2003-2004. Et avant il n'y avait pas de service. Ce qu'on sait maintenant, c'est que le service est disponible dans la majorité des régions, à raison de 20 heures par semaine pour chaque enfant. Plus de 2 500 jeunes âgés de six à 21 ans ont été desservis en 2005-2006, 1 190 jeunes additionnels par rapport à 2003-2004, ce qui représente une hausse de 90 %. Et il y a également les adultes qui ont reçu des services, avec une hausse de 55 %.

Les familles également ont été prises en charge. Le nombre de familles desservies dont un des membres présente un trouble envahissant de développement a largement dépassé la cible. En effet, il y a plus de 3 500 familles qui ont été desservies, 1 500 de plus que 2003-2004, ce qui représente une augmentation de 75 %. Et en plus il y a eu la formation des intervenants. En même temps qu'on mettait sur pied le réseau de services, il a fallu former des intervenants partout au Québec. Il y a plus de 292 intervenants qui ont été formés depuis 2003. En lien avec la fédération québécoise de l'autisme et les troubles envahissants du développement, il y a eu 800 000 \$ également qui ont été mis en place pour la formation des parents, pour qu'ils sachent mieux comment intervenir et comment aider leurs enfants.

Alors, écoutez, on a tous, dans les bilans gouvernementaux, des côtés qui ne sont parfois pas à la hauteur des espoirs certainement, et certainement que c'est le cas également pour l'opposition, mais, s'il y a bien un sujet dans lequel il faudrait qu'ils fassent preuve, au minimum, d'humilité mais peut-être même mieux de silence, c'est bien celui des troubles envahissants du développement.

● (10 h 50) ●

Pour ce qui est des services en déficience intellectuelle, qui ne sont pas les troubles envahissants du développement, bien sûr il y a eu de l'argent investi, et j'indiquerais par la suite comment nous allons continuer nos actions.

Depuis notre arrivée, nous avons investi, depuis 2003, plus de 16 millions récurrents en déficience intellectuelle. Le mot «récurrent» est important pour la population qui nous écoute. Ça veut dire, ça, de l'argent dont on peut prévoir qu'il reviendra et sera indexé à chaque année. Donc, il est possible pour les équipes des établissements de bâtir sur ces sommes des véritables programmes et des plans de développement de services, alors qu'en 2001-2002 il y a eu 9 millions non récurrents; 2002-2003, 5,5 millions non récurrents et, en 2000-2001, 17,5 millions, ce qui est bien. Par contre, nous, on a mis presque 20 millions, là, récurrents depuis 2003. Il est certain cependant que, si on n'avait pas eu à monter le programme de troubles envahissants de développement, plus de ressources auraient été disponibles pour la déficience intellectuelle qui n'est pas dans cette catégorie. Cependant, de la même façon que nous voulons le faire avec la déficience physique — et nous voulons également améliorer l'accessibilité aux enfants qui attendent ces services-là — nous reconnaissons qu'il faut améliorer et augmenter l'effort sur la base d'investissements mais également de meilleure utilisation de nos ressources financières, donc bâtir une véritable stratégie de gestion des listes d'attente, d'accessibilité, de priorisation.

Et là-dessus, M. le Président, nous sommes en bon lien avec les associations d'établissements. Nous leur avons d'ailleurs lancé le défi en commission parlementaire sur le document *Garantir l'accès*, en leur indiquant que nous étions prêts à travailler désormais avec eux sur la base d'un engagement semblable basé bien sûr sur la définition de «délai raisonnable», sur la gestion des listes d'attente, la gestion individualisée et également des ressources accentuées, augmentées, mais surtout des ressources financières mieux dépensées dans l'intérêt de la population que nous voulons desservir. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, M. le député de Saint-Jean.

M. Jean-Pierre Paquin

M. Paquin: M. le Président, merci beaucoup. M. le ministre, collègue de Pontiac, collègues de l'opposition, ça me fait grandement plaisir d'être ici, ce matin, pour parler de santé, parler de notre système de santé, une priorité pour nous, le gouvernement du Québec, depuis que nous sommes là. Et, lorsqu'on a à vérifier ou à savoir comment va le système de santé au Québec, bien entendu, on regarde ce qui a été fait, on regarde les résultats, c'est bien évident, mais aussi il faut faire des comparables. On ne peut pas faire ça autrement que de faire des comparables des gestes que nous avons posés et des gestes que d'autres ont posés — le gouvernement précédent — avant nous.

Je vais prendre un sujet en particulier pour débiter, pour regarder ou analyser la performance extraordinaire qu'on a faite dans des circonstances excessivement difficiles, M. le Président. Et on se rappelle tous, que ce soit dans mon comté ou que ce soit dans d'autres comtés à travers le Québec, que par le passé on parlait et on parle encore, bien entendu, de retraites anticipées, de retraites forcées, par le gouvernement précédent, de médecins. Et, lorsqu'on veut faire fonctionner un système de santé, je pense que c'est indiscutable, ça nous prend des gens qualifiés, entre autres des médecins généralistes et spécialistes. Eh bien, le gouvernement précédent a provoqué, par la mise à la retraite anticipée, 1 500 médecins dans la fin des années quatre-vingt-dix. Et d'ailleurs je le dis, ça, ce matin parce que la vérité a quand même sa place. Et je ne suis pas le seul à le dire, parce que le premier ministre du temps, du Parti québécois, M. Lucien Bouchard, a déclaré, en 2004, ce qui suit, qu'il avait fait une erreur — je cite, là, *Le Journal de Québec* du 19 juin 2004 — que ça avait été une erreur coûteuse d'avoir mis à la retraite 1 500 médecins, et la mise à la retraite massive d'infirmières et de médecins a été un malaise pour les hôpitaux, ce que reconnaît, aujourd'hui — et on parle en 2004 — le premier ministre du Québec, M. Lucien Bouchard.

Et, un peu plus loin, il y a une citation aussi de M. Bouchard dans le journal du *Soleil* du 18 juin, de la veille, 2004: «Les négociations ont été très difficiles, [et] on a fini par trouver une solution. Il y a eu beaucoup de retraites — M. le Président. Pour les hôpitaux, [et cela] n'a pas été bon, je crois.» C'est M. Bouchard, le premier ministre du Québec, qui déclare ça en 2004. Bien, je suis conscient que M. Bouchard a pu admettre une erreur qu'il a faite, et c'est, je pense, de sa part, grandiose. Je ne sais pas si les députés du Parti québécois peuvent admettre cette erreur-là aussi, parce que leur premier ministre avec

qui ils ont pris des décisions en 2004, lui, l'a admis. Je pense que non, malheureusement.

Donc, écoutez, c'est incroyable, qu'est-ce qu'on a fait, nous, pour essayer d'enrayer cette situation-là. Parce que, lorsqu'on prend un système de santé qui est à la débâcle puis qu'on veut essayer de le remettre sur les roues, ce n'est pas facile. M. le Président, il faut commencer par essayer d'atteindre ce qu'il y avait auparavant, avant que ce soit défait ou, j'oserais dire, détruit. Beaucoup d'exemples là-dessus. Je vais le faire d'ailleurs, tantôt. Bien, qu'est-ce qu'on a fait, M. le Président? C'est que, de un, on aidé au niveau de la faculté de médecine, on a posé les gestes pour qu'il y ait plus de médecins qui soient admis à la faculté de médecine. Parce qu'il faut dire que ces gens-là qui veulent nous faire la leçon aujourd'hui, en 2004, en plus d'avoir mis à la retraite 1 500 médecins, ont réduit l'accès à la faculté de médecine. Le résultat, nous, des gestes que nous avons posés au niveau de la faculté de médecine fait qu'aujourd'hui beaucoup plus de médecins ont été admis en faculté de médecine. On avait un objectif de 750 de plus par année, et cet objectif a non seulement été atteint, mais il a été aussi dépassé.

En plus de ça, on a permis à des médecins étrangers de pouvoir passer leurs examens avec le Collège des médecins du Québec. Il y en avait à peine, je pense, quatre ou cinq dans les années 2002-2003. Et cette année, l'an passé, c'est au-delà de 60 qui ont été admis, des médecins hors Amérique du Nord, des médecins qui viennent d'autres pays, d'Europe, entre autres, qui viennent pratiquer chez nous, tout ça, M. le Président, pour enrayer un problème qui avait déjà été causé par d'autres, bien entendu. Bien entendu que, lorsqu'on commence avec un problème majeur, dans ce sens, c'est difficile arriver à 100 %, malgré qu'on ne soit pas loin de ça dans les promesses qu'on a faites et dans les gestes que nous avons posés. Et, M. le Président, d'ici 2015, c'est 2 650 médecins de plus qui vont être admis, qui vont être reçus ici, au Québec, M. le Président, 1 400 médecins de famille et 1 200 spécialistes. C'est énorme. Déjà là, on peut dire: Mission accomplie. Merci.

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

Mme Solange Charest

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Alors que le gouvernement libéral mentionnait, dans *Partenaires pour la santé*, qu'en réadaptation la rapidité d'intervention est le facteur capital déterminant le degré de récupération possible — ça, ils le savent et ils l'admettent — ils prenaient l'engagement, toujours dans *Partenaires pour la santé*, d'accélérer la prestation de services de réadaptation pour toutes les clientèles touchées dans toutes les régions du Québec. Ils promettaient aussi de mettre en place des programmes d'intervention précoce et intensive destinés aux enfants atteints de déficience physique, d'intégrer des besoins de réadaptation dans leur politique de soins à domicile, afin d'améliorer l'aide fournie aux personnes vivant avec une déficience physique ou aux parents d'enfants vivant avec une déficience physique.

M. le Président, nous sommes toujours loin de ces engagements, parce que ce que je peux vous rappeler, c'est que la liste d'attente pour un premier service en réadaptation physique s'est pourtant allongée depuis 2002,

et je vous dirais que, pour les personnes en attente pour un premier service, elle est passée de 8 295 personnes en 2002-2003 à 8 583 en 2004-2005. Ça veut dire une augmentation quand même importante. Et je vous rappelle qu'au 31 mars 2006 — et on va regarder, dans les déficiences physiques, là, les différents types de déficience physique — il y a 8 572 personnes en attente de services. Et ça, ces données-là viennent de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. En regard du langage, il y a, au 31 mars 2006, 1 887 personnes qui attendent pour recevoir un service. Lorsqu'on regarde les problèmes reliés à la motricité, c'est 4 398 personnes qui attendent pour avoir accès aux services; et on regarde les données, pour chacune des régions, pour la déficience visuelle: on s'aperçoit que certaines régions n'ont même pas le service: il y a absence de services à la Côte-Nord puis il y a absence de services en Chaudière-Appalaches, et ça, ils l'ont dit aussi lorsqu'ils sont venus en commission parlementaire.

Malgré que ces gens qui sont là mais pour lesquels on n'a pas de donnée, hein — eux autres, non seulement ils n'ont pas accès aux services existants, mais il n'y a pas le service — il y a quand même 1 163 personnes qui attendent pour un service pour leur déficience visuelle. Et c'est la même chose pour la déficience auditive. Il y a une absence de services également sur la Côte-Nord et malgré tout cela il y a 1 124 personnes qui sont en attente de services. Et, vous savez, les impacts sur la clientèle sont énormes lorsqu'on retarde ou on ne donne pas le service. De façon générale, je vous dirais qu'il y a des difficultés, des retards importants d'intégration sociale et scolaire, de l'isolement social, du repli sur soi, de l'estime de soi qui en prend un coup, une perte d'autonomie, une dépendance de l'entourage, la frustration, la démotivation, le trouble affectif et du comportement, de l'insécurité et de l'anxiété.

● (11 heures) ●

Ça épuise aussi l'entourage qui doit donner les services 24 heures sur 24, 365 jours par année, et ça diminue de beaucoup la qualité de vie. Si on regarde les impacts particuliers de la déficience motrice, lorsqu'on n'a pas accès aux services, on risque d'aggraver la condition physique et les incapacités. On risque aussi que la personne vive l'ankylosement, la déformation physique, ait des séquelles importantes et on augmente — possible — le nombre de chirurgies pour corriger ce qui n'a pas été fait au bon moment, et ça augmente également les séjours prolongés en établissement. En regard de la déficience visuelle, il y a un risque accru d'accident et de blessure. Et, la déficience auditive ainsi que du langage, il y a des difficultés d'apprentissage, des possibilités d'échec, que ce soit scolaire ou pas, des difficultés interpersonnelles de fonctionnement.

Dans le fond, ce que les médecins et les spécialistes en réadaptation physique demandent au ministre de la Santé, c'est de s'attaquer aux délais, parce qu'on sait qu'entre le diagnostic et le traitement il y a des délais d'attente entre deux et trois ans pour avoir accès au service. Et on sait très bien qu'une intervention rapide peut prévenir les dommages permanents que je viens de vous énumérer. Et les enfants ont droit aussi à des services parce qu'on sait que c'est de cette façon qu'on améliore leur condition et leurs possibilités en termes de développement.

Les spécialistes, les professionnels sont inconfortables et ont un problème d'éthique de ne pouvoir donner le service à la clientèle. Merci, M. le Président.

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

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Alors, M. le Président, lors d'une allocution récente au niveau de l'association des établissements de réadaptation physique du Québec, j'ai bien sûr fait état de la nécessité d'accentuer nos efforts notamment par des investissements mais également, comme je le disais tantôt, par une meilleure utilisation des ressources financières et la mise sur pied d'une véritable stratégie de gestion de l'attente, d'investissements combinés de façon à ce qu'on ait non seulement des ressources augmentées, mais des ressources mieux utilisées.

Il faut quand même dire, M. le Président, que, malgré les propos, qui sont un peu décourageants, de notre consoeur de Rimouski, il y a des efforts importants qui ont été faits en réadaptation physique et des résultats qui sont loin de nos espoirs mais qui sont quand même à noter. D'abord, sur le plan des investissements, il a fallu dès... rendre récurrents les crédits de 2002-2003 de 10 millions de dollars parce qu'il y avait toujours cette mauvaise habitude d'annoncer des crédits non récurrents dans les budgets, avant 2003. Et également nous avons investi pour les enfants dysphasiques, les enfants qui ont des troubles de la parole et du langage. En 2004-2005, il y a eu 17 millions de dollars de déployés, récurrents toujours, dans le domaine de la réadaptation; en 2005-2006, 6 millions; et, en 2006-2007, encore 6 millions, toujours donc des sommes récurrentes et garanties, indexées année après année. Donc, plus de 30 millions de dollars récurrents pour venir en aide aux personnes vivant avec une déficience physique, bien sûr pas uniquement dans les établissements de... physique, mais également en première ligne parce que la réadaptation physique, ça se fait également en première ligne, via les CLSC ou à domicile. Il faut donc faire un équilibre de ces questions-là.

Je vous donne une comparaison. Il y a eu, en 2000-2001, 18 millions récurrents — bien sûr, on n'ose pas parler des budgets avant 2000, là — 4 millions récurrents et 10 millions non récurrents en 2001-2002; et, 2002-2003, comme je le disais, 10 millions non récurrents. Il y a également eu, M. le Président, un investissement de 125 millions pour l'accessibilité aux aides techniques. C'est important pour les enfants handicapés de même que pour les adultes. Nous avons également considérablement raccourci — il y a encore du progrès à faire; mais considérablement raccourci — le délai d'adaptation de logements qui était de neuf ans lorsque nous sommes arrivés en 2003, qui est maintenant autour de deux ans, ce qui est encore trop long mais qui représente quand même une amélioration absolument considérable.

Il ne faut pas non plus mettre de côté l'ajout de ressources professionnelles dans les écoles, là, qui a été annoncé il y a quelques mois, parce qu'effectivement les élèves handicapés vont en bénéficier et avoir une meilleure capacité d'apprentissage, une meilleure capacité d'intégration. C'est 100 millions de dollars qui ont été ajoutés dans nos établissements scolaires. La Stratégie d'action jeunesse comporte également des mesures spécifiquement destinées aux jeunes handicapés. Et nous avons bien sûr, également, rehaussé le crédit aux entreprises de travail adapté, et ces entreprises ont ainsi pu créer 150 nouveaux emplois permanents pour les personnes handicapées.

Donc, lorsqu'on parle d'intégration des personnes handicapées — et on pourrait bien sûr mentionner au passage l'adoption de la loi n° 56, qui était une loi sur l'exercice des droits des personnes handicapées et d'autres dispositions législatives pour que justement les handicapés voient leurs droits reconnus et puissent s'intégrer à notre société — on voit que les actions sont multiples et seront continuées.

Maintenant, pour ce qui est des résultats au niveau de la clientèle ou des personnes qui attendent des services de réadaptation physique, il faut noter qu'il y a une amélioration considérable en termes de nombre de personnes desservies et bien sûr il y a une demande accrue, et c'est ce qui explique la non-progression, de façon aussi importante que nous le souhaiterions, la non-progression de certaines listes d'attente. Mais il y a des éléments où il y a de l'amélioration, et je vais les donner de façon très complète, de façon à ce qu'on puisse voir de quoi il s'agit.

En déficience motrice, par exemple, on a augmenté le nombre de personnes servies de plus de 8 000, soit 28 %, et c'est un domaine où la liste d'attente a diminué de plus de 13 %, de 500 personnes. Mais il y a encore beaucoup de travail à faire, certainement. En déficience visuelle, on a servi 1 770 personnes de plus, mais cependant la liste d'attente s'est allongée de 293 noms parce que la demande s'est accentuée notamment dans le pourtour du vieillissement de la population. En déficience auditive, même chose, 3 416 personnes de plus de servies, 40 % de plus de personnes servies et 74 personnes de plus sur la liste d'attente en raison du même phénomène. Déficience du langage et de la parole, voici là où les enfants sont particulièrement en attente de services, les enfants qui ont des troubles de langage particulièrement. Nous avons servi 3 200 personnes de plus, 74 % de plus, par rapport à ce qui était fait auparavant, avant 2003, mais il y a une augmentation de la liste d'attente de 53 personnes.

Donc, on voit qu'on augmente considérablement le nombre de personnes servies, mais on ne réussit pas à faire de gains significatifs dans certains domaines, au niveau de la liste d'attente, parce qu'il y a une attente, une pression sur la demande de services... de services, pardon, qui continuent à s'accentuer.

Au total, en déficience physique, c'est plus de 16 000 personnes de plus desservies, 29 % de plus et une légère diminution de la liste d'attente de 82 personnes, ce qui est autour de 1 %, donc une stabilité. Donc, on réussit à traiter et à donner des services à plus de personnes, mais la demande de service augmente, ce qui confirme la nécessité de nous donner, dans ce secteur comme dans le domaine des chirurgies, de nous doter d'une stratégie qui combine à la fois l'investissement et de meilleures façons de faire encore une fois par une gestion de la liste d'attente, la détermination de délais acceptables sur la base de données scientifiques ou la détermination de délais raisonnables. C'est ce que j'ai annoncé récemment à l'association des établissements de réadaptation physique.

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

Mme Charlotte L'Écuyer

Mme L'Écuyer: ...M. le Président. Je vais changer un peu de sujet. Je vais aborder un sujet qui touche et qu'à peu près tout le monde a été touché de près ou de loin, le cancer.

On sait qu'au Québec le cancer est devenu la première cause de mortalité devant de quelques années les maladies coronariennes. Les nombreux nouveaux cas augmentent actuellement de 3 % par année, et on parle, en 2006, de quelque 38 300 nouveaux cas. Or, la moitié des patients atteints de cancer auront besoin de radiothérapie au cours de leurs traitements. C'est notamment le cas pour les cancers les plus répandus chez les hommes et les femmes, soit le cancer du sein et celui de la prostate. Ces grandes tendances exercent une très forte pression sur notre système de santé. Qui ne se souvient pas, au Québec, des hordes de patients atteints d'un cancer qui devaient aller chercher des services dans des établissements aux États-Unis? La liste des patients en attente de soins et dépassant les délais médicalement acceptables était si longue que le gouvernement du PQ a été forcé de les faire traiter aux États-Unis parce que leur région manquait désespérément d'équipements technologiques.

Notre gouvernement a fait de la lutte contre le cancer l'une de ses grandes priorités en santé, ce qui se traduit par des efforts marqués pour améliorer l'accessibilité des services de radio-oncologie. Des accélérateurs linéaires ont été ou seront ajoutés dans de nombreux centres hospitaliers partout au Québec, et un nouveau centre de radiothérapie ouvrira ses portes dans deux ans, à l'Hôpital Charles-Le Moyne, en Montérégie. Ainsi, le nombre d'appareils passera de 47 en 2006 à plus d'une soixantaine en 2008-2009. Chaque accélérateur permet de traiter 400 personnes par année, pour une capacité totale de presque 25 000 patientes et patients. Des efforts faits du côté de la main-d'oeuvre spécialisée ont aussi porté fruit avec l'ajout, en 2005-2006, de 13 radio-oncologues, pour un total de 86, et de 39 technologues, pour un total de 408.

Afin de permettre à nos différents centres de... thérapie de traiter un plus grand nombre de patients grâce à des heures d'ouverture prolongées, une mesure particulière de temps supplémentaire est aussi en vigueur. Des corridors de services ont été établis entre les différents centres, de sorte que des patients se voient offrir la possibilité de recevoir leurs traitements dans une autre région. C'est le cas de l'Outaouais qui reçoit les patients de l'Abitibi au niveau des traitements où il existe une marge de manoeuvre. C'est important. C'est beaucoup moins loin pour les gens de l'Abitibi de venir dans l'Outaouais, et il y a un corridor naturel. Les résultats de ces efforts peuvent être qualifiés de spectaculaires. Rappelons qu'au 31 mars 2000 1 593 personnes étaient en attente d'un traitement de radio-oncologie, dont 438 depuis plus de huit semaines. Aujourd'hui, la cible considérée comme acceptable a été ramenée par notre gouvernement à quatre semaines et elle est respectée à 95 %.

● (11 h 10) ●

Ces données hebdomadaires montrent une amélioration constante tant et si bien que, le 17 novembre, il n'y avait que huit patients en attente de traitements en radio-oncologie de plus de quatre semaines. C'est vous dire que nous avons réussi dans ce domaine à ce que nous avons promis que nous étions pour faire. Et pour les gens qui devaient se déplacer au niveau des États-Unis, pour avoir été de celles touchées de très près par ce type de maladie, aujourd'hui, quand on a des commentaires des gens, on s'aperçoit que nous avons réussi dans ce domaine comme jamais ça a été fait avant. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. Alors, Mme la députée de Champlain.

Mme Noëlla Champagne

Mme Champagne: Merci, M. le Président. Alors, c'est avec énormément de plaisir et d'intérêt que j'interviens, ce matin, sur le dossier des aînés et de l'hébergement des aînés. Je vais tenter, en deux petits cinq minutes, là, de camper le tout.

Alors, on va y aller immédiatement en se demandant si les aînés ne sont pas en train d'être dirigés tout droit vers une impasse avec le déplacement, ou la modification, ou ce qu'on est en train de bouger au niveau des centres d'hébergement de soins de longue durée. Et je m'explique. À partir de statistiques pas inventées par nous, là, mais tout à fait confirmées par l'Institut de la statistique du Québec, on voit que, dans toutes les régions du Québec, peut-être à quelque deux exceptions, il y a une baisse marquée de places en hébergement de soins de longue durée. Et tout de suite je préviens le ministre; je suis certaine qu'il va me dire: C'est parce qu'on est en train de développer des places ailleurs, autrement, pour donner un meilleur milieu de vie. Alors, j'ai déjà une partie de réponse qui s'en vient. Donc, je le sais, j'en suis consciente. On aura des questions à poser sur ce genre de situation là. Mais pour le moment je vais répéter les chiffres que ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve disait au tout début. Il y a 1 258 places en CHSLD qui ont été coupées en 2005. Le Québec est le dernier au chapitre de l'investissement en soins à domicile.

Alors, je viens de faire le lien, le corollaire, là. Si tu n'as pas assez d'argent pour les soins à domicile, est-ce que tu es prêt à les recevoir à domicile? Si tu n'es pas prêt à les recevoir pour donner des soins à domicile, quel genre de services tu vas donner? Et ça, c'est des questions que se posent la population et les personnes aînées dans les centres d'aînés du Québec. Les tables de concertation ont ces questions-là — les tables de concertation abus auprès des aînés. Si les moyens ne suivent pas les intentions, il est clair qu'on va vivre des difficultés majeures dans les petits centres d'accueil, peu importe le nom qu'ils porteront, là. On va utiliser un langage que le population comprend.

Alors, à court terme, j'en suis convaincue, s'il n'y a pas d'ajout, il n'y a pas de moyen nouveau d'accordé, il n'y a pas une vigilance d'exercée, il est clair que le gouvernement dirige les aînés droit dans une impasse, et on va vivre plus tard des événements qui se vivent déjà, maintenant, avec de la formation dans les CHSLD. Alors, je suis profondément inquiète. Et ce n'est pas pour faire de l'image ce matin, c'est ce qui est rapporté par des gens qui sont sur le terrain, tous les jours, que ce soit dans des CHSLD — je vais dire les mots comme les gens les comprennent, là — les petites ressources intermédiaires, ou les résidences d'accueil, ou les soins à domicile, soins à la maison. Alors, ce manque de places là, ce sont des statistiques que je donne: 1 258 places en moins, 5 784 personnes qui sont en attente, et 87 000 aînés de plus auront 75 ans en 2011. Mais, M. le Président, 2011, c'est à la porte, c'est, genre, demain matin. Alors, quand on parle de 87 000 personnes qui vont avoir 75 ans et plus, qui vont avoir de très grands besoins, je ne pense pas qu'on doive les voir comme un poids, on doit s'assurer que les services qu'on va donner seront au rendez-vous.

Alors, écoutez, le Québec, là, va compter près de un demi-milliard de personnes âgées, des personnes qui vont être en CHSLD, centre d'hébergement de soins longue durée, des personnes qui vont être peut-être chez eux, des personnes qui vont peut-être être plus en forme, plus en santé. Par contre, admettons que, si je vois, dans les réponses du ministre, et je les anticipe, que demain matin l'argent va être au rendez-vous, je vais être contente, je vais partir d'ici satisfaite. Si l'argent n'est pas au rendez-vous, les moyens ne sont pas au rendez-vous, les personnes ne sont pas formées, je suis convaincue, M. le Président, que les aînés du Québec qui se préparent à jouer dans ce film-là, dans un avenir très rapproché, vont vivre une grande, je dirais, une grande déprime parce qu'ils vont être dans un système où ils vont être des gens cotés. Quand je dis: Des gens cotés, là, es-tu coté pour un petit centre, un moyen centre ou un grand centre? Écoutez, là, la population âgée du Québec est tannée de se faire parler de clientèle, de patients. Ce n'est pas des gens malades dont on parle, ce sont des gens en besoin de placement. Ils ont besoin d'aide, pas tous, mais ceux qui en ont besoin doivent être considérés comme des gens qui ont donné beaucoup à la société et sur lesquels il faut mettre des efforts importants.

Alors, je vais corriger peut-être ce que j'ai dit tantôt, là. On dit qu'en 2011 le Québec va compter 549 460 aînés — j'ai vu la réaction du ministre, là, et je vais la corriger — soit une augmentation de 87 000 personnes. Alors, c'est le vrai chiffre que je vous donne, là, pour bien corriger le tir avant qu'on le fasse de l'autre côté. Alors, aujourd'hui, M. le Président, et je termine là-dessus — je vais laisser le ministre me répondre, bien évidemment — il est important de réinvestir dans ce domaine-là, de façon majeure, sinon on est dans une impasse.

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

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. Et je suis d'accord sur plusieurs éléments qui ont été mentionnés par notre consœur il y a quelques instants. D'abord, effectivement, à chaque année, depuis notre arrivée au gouvernement en 2003, des crédits de développement prioritaires ont été donnés à la question des aînés en perte d'autonomie de façon à d'une part relever le niveau de soins à domicile — on sait qu'on a servi 20 000 personnes de plus et que le nombre d'interventions par personne également s'est accentué — et également au niveau directement des établissements de soins prolongés.

À cela il faut quand même mentionner d'autres mesures qui ne sont jamais comptabilisées dans les investissements directs mais qui ont un rôle majeur dans la façon de maintenir les aînés dans leur milieu de vie, dans une qualité de vie qui est celle qu'ils souhaitent voir préservée, par exemple le crédit d'impôt, récemment annoncé par mon collègue des Finances, de 74 millions de dollars pour les aînés de façon à rendre admissibles des dépenses qui ne l'étaient pas, à relever le plafond de dépenses admissibles sans franchise. On a rarement vu un ministre du Revenu battre la campagne pour faire la publicité d'un crédit d'impôt, ce qu'il a fait avec son éloquence coutumière, M. le Président, et de sorte qu'on

espère que les personnes âgées vont vouloir se prévaloir de ce crédit d'impôt en très grande quantité. Il y a également des crédits d'impôt pour les aidants naturels, qui ont été rehaussés de façon importante non seulement pour les personnes âgées, il faut le dire quand même, mais également pour les parents d'enfants handicapés.

Il y a un autre niveau d'investissement où nous avons placé des ressources, et ça, également c'est en plus de ce que nous avons annoncé tantôt, c'est l'économie sociale. Je pense que pour l'opposition c'est un domaine très familier, puisque c'est sous leur gouvernement que l'économie sociale, si ma mémoire est exacte, a été créée. Il s'agit, pour éclairer les citoyens qui nous écoutent, des entreprises qui offrent des services de maintien à domicile dont une partie du tarif horaire est subventionnée par l'État selon le niveau de revenus de la personne et son niveau de services requis. Alors, nous avons ajouté, l'an dernier, 11 millions de dollars... 11 millions de dollars à l'économie sociale et récemment un plan particulier pour la Gaspésie, car le 11 millions s'accompagnait de changements dans la... de l'économie sociale, et il a fallu faire un ajustement pour la Gaspésie.

Lorsque la députée de Champlain nous dit que les aînés se dirigent droit vers une impasse, il faut quand même faire certains éléments de correction. D'abord, effectivement, comme elle l'a dit, il faut toujours le répéter — parce que les aînés qu'on rencontre se plaignent un peu à nous que, chaque fois qu'on parle d'eux, c'est en termes de maladies, perte d'autonomie, hébergement — la grande majorité des aînés du Québec, ils sont à la maison et en très bonne santé. Je pense qu'on est d'accord là-dessus, là. Quelques chiffres: il y en a environ 30 quelques mille en CHSLD; il y en a 85 000 environ en résidence privée donc dans des circonstances de perte d'autonomie beaucoup moins importantes, de sorte que, globalement, là, la grande, grande majorité de nos aînés sont en très, très bonne santé, en très bonne forme et contribuent, là, de façon très active, à la société.

La véritable impasse, M. le Président, ce serait de continuer sur la trajectoire — et c'est une trajectoire historique qui remonte à de nombreuses années — dans la prise en charge des aînés en perte d'autonomie au Québec, qui nous amène vers un, je dirais, pattern, en anglais, mais un patron, en français, un patron d'institutionnalisation presque automatique. Avec les années — et il n'y a pas qu'un parti qui est responsable de ça, c'est une succession d'événements au cours de l'évolution de notre système de santé — on est arrivé à une situation où, lorsque la personne ne pouvait plus être à domicile, bien, immédiatement, elle allait en CHSLD, de sorte qu'on a bâti, au Québec, un taux d'institutionnalisation de personnes âgées qui est beaucoup plus élevé que dans d'autres pays. Par exemple, si on voit des exemples comme le Danemark ou le Japon, qui ont des taux de vieillissement de la population qui sont plus élevés... que ceux du Québec, le nombre de personnes en hébergement institutionnel est beaucoup plus bas parce qu'historiquement on a fait des choix différents et on a fait des choix notamment au niveau du domicile et des ressources alternatives.

Maintenant, il faut reconnaître que cette question n'est pas qu'une question statistique, parce que, si vous prenez une personne âgée ou un aîné qui est en perte d'autonomie modérée — et il faut le mesurer; je suis certain que la députée ne disait pas ça de façon péjorative;

ça se mesure, la perte d'autonomie; Dr Réjean Hébert a mis au point un outil d'évaluation qui est maintenant reconnu internationalement, qui sert exactement à ça — il faut savoir que, lorsqu'on place une personne en perte d'autonomie modérée en hébergement institutionnalisé, quelque soit le degré de compétence, d'affection que le personnel peut déployer autour d'elle, sa perte d'autonomie va rapidement s'accroître parce qu'elle est dans un contexte d'institution.

● (11 h 20) ●

Ça ne veut pas dire qu'on n'a plus besoin de CHSLD. On aura toujours besoin d'un nombre de lits en CHSLD, et le plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie qui va jusqu'en 2010 est basé sur les statistiques précises que la députée nous cite et une cible de diminuer le taux d'institutionnalisation des personnes âgées autour de 3 %, ce qui est encore un peu élevé mais qu'il sera possible de faire si nous maintenons nos investissements annuels notamment dans les services à domicile, notamment dans les CHSLD et que nous ne faisons non pas une fermeture, mais une transformation de certains lits de soins prolongés dans des services immédiatement visibles par la population près de leurs domicile.

Et c'est particulièrement important dans des régions comme le Bas-Saint-Laurent où la tentation historique a été de créer des gros CHSLD et de sortir les personnes âgées de leur village, de leur communauté. Nous voulons qu'ils y restent, qu'elles y restent le plus longtemps possible.

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

M. Jean-Pierre Paquin

M. Paquin: ...M. le Président, merci. Je m'en voudrais ce matin, M. le Président, d'être ici pour parler de santé et de ne pas parler des citoyens et citoyennes du comté de Saint-Jean, que j'ai le privilège de représenter à l'Assemblée nationale du Québec, et de faire un peu le constat, justement dans le domaine de la santé, de ce qui s'est passé entre 2000 et 2006, dans mon comté, au niveau de la santé. Et je pense que je peux en parler parce que j'ai été témoin, témoin très, très proche, entre 2000 et 2003, comme résident, bien entendu, et conscient des problèmes qu'il pouvait y avoir là-bas parce que je travaillais à essayer d'améliorer, avec beaucoup d'autres citoyens, les problèmes de santé de l'Hôpital du Haut-Richelieu, et encore plus conscient, de 2003 à 2006, comme député provincial du comté de Saint-Jean.

Eh bien, M. le Président, en 2000, l'Hôpital du Haut-Richelieu a été en problèmes — et le mot est faible — problèmes de budget, problèmes de collaboration de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux: salles d'opération avec pas de budget; sur cinq, six salles d'opération, environ une, deux pouvaient opérer; liste d'attente très, très élevée: presque 3 000 personnes sur la liste d'attente d'opération. On a formé chez nous, à Saint-Jean, un comité de citoyens. Je pense l'avoir déjà dit, mais je ne le dirai jamais assez parce que ça a été scandaleux, ce qui s'est passé là. Je pense que ça marque l'histoire dans le domaine de la santé. On a formé un comité de citoyens pour essayer d'expliquer à la ministre de la Santé qui était en place à ce moment-là et au gouvernement péquiste qu'est-ce qui se passait chez nous puis des besoins

qu'on avait. Parce qu'il faut dire que notre hôpital avait une trentaine d'années à ce moment-là, et la population qu'il desservait était au début, il y a 30 ans, 33 ans, d'environ 80 000 personnes. Elle était, à ce moment-là, de 150 000, 160 000 puis elle a encore un peu progressé au niveau de la clientèle présentement. Eh bien, la réponse, c'est une réponse de non-recevoir que nous avons eue de la part du gouvernement péquiste.

Et l'histoire est écrite, l'histoire est là. On a fait des revendications de façon très pacifique. On a essayé d'avoir des rencontres — c'était excessivement impossible — avec la ministre. Le député d'alors du Parti québécois que j'ai remplacé a essayé d'inviter la ministre à venir rencontrer le comité de citoyens, les principaux intervenants dans ça. Ça a été impossible, la réponse a été négative de A à Z. C'est-à-dire que, oui — négatif de A à Z — il y a eu une réponse. Il y en a eu même deux. La première réponse, c'est qu'en fonction de tout le constat qu'on faisait de tout ça on nous a mis sur tutelle pour 90 jours parce qu'on ne portait pas d'intérêt, mais aucun intérêt à ce que les citoyens et les représentants de l'hôpital et du comité du C.A... et aussi de leurs interventions. Deuxième réponse négative: après une première tutelle de 90 jours, une deuxième tutelle de 90 jours. C'est honteux, M. le Président. Ça, là, ce n'est pas juste des chiffres, mais les chiffres sont là aussi.

Il y a des choses que j'ai vécues, et c'est les 170 000, 180 000 des citoyens du Haut-Richelieu qui ont vécu cette situation-là. La différence, aujourd'hui, M. le Président, est énorme avec une fin de non-recevoir que nous avons eue à ce moment-là, de la part d'un gouvernement péquiste qui veut nous faire la leçon sur la santé aujourd'hui. Et je ne parle pas au niveau du Québec — peut-être que j'ai des choses, que je ne suis peut-être pas autant ou aussi bien au courant ou que je pourrais me tromper, qui se sont passées en Gaspésie, en Abitibi ou ailleurs — je parle des choses qui se sont passées chez nous, où j'ai été témoin et que j'ai été participant. Mais la différence aujourd'hui, M. le Président, c'est celle-ci: dans les 12, 15 derniers mois, le ministre de la Santé est venu trois fois à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Et je veux saluer ceci: dans les 12, 15 derniers mois, trois fois. Il était venu auparavant.

L'investissement, depuis le mois d'avril de cette année, à l'Hôpital du Haut-Richelieu, du centre de santé, c'est 49 millions de dollars. Ça fait une différence avec une coupure. L'investissement, depuis trois ans, depuis que nous sommes là, c'est 62 millions de dollars, chiffres à l'appui. On peut se lever l'autre bord pour essayer de contester ça, ça me ferait grandement plaisir. L'urgence agrandie, réaménagée et agrandie; deuxième étage: des salles d'opération au deuxième étage que je parlais tantôt, les soins intensifs, le laboratoire qui était complètement désuet, 23,5 millions d'investissement pour améliorer tout ça puis donner la chance aux travailleurs et aux travailleuses de l'Hôpital du Richelieu de donner un meilleur service aux citoyens puis aux citoyennes justement, et d'être capables de travailler dans des conditions acceptables, et bien sûr de servir ces gens-là à la hauteur qu'ils le méritent. Merci, M. le Président.

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

Mme Noëlla Champagne

Mme Champagne: Oui, merci, M. le Président. J'ai des chiffres qui m'interpellent. Et je veux bien comprendre que le député de Saint-Jean en a gros sur le coeur dans le passé, mais on est en 2006, aujourd'hui, et on s'en va vers un demain, et un demain, bien, quand on regarde les taux d'occupation, entre autres, sur la santé où on dépasse, dans le Haut-Richelieu, de 189 % le taux d'occupation, c'est sûr que, je dois le dire, tout n'est pas terminé, là, hein?

Par contre, écoutez, je veux, dans le petit cinq minutes même pas qu'il me reste, parler du dossier aînés qui m'interpelle et sur lequel je veux qu'on soit sérieux. Je ne ferai pas de pleurage sur ce qui se passe, je vais poser des questions sur la suite des choses. Je veux savoir: Demain matin, il arrive quoi avec une population, je le répète, là, de 549 460 aînés, mettons, au-dessus de 500 000 aînés qui vont avoir plus de 75 ans, O.K.? 87 000 personnes de plus, qu'est-ce qu'on va faire avec eux autres au niveau de leur sélection? Comme disait le ministre tantôt, je suis d'accord avec ça. Moi, je parle de coter, et ça me dérange parce qu'on est rendu qu'on cote tout le monde. Puis, sur la cote en question ou sur le fait qu'on doit «évaluer», le mot employé, de façon plus officielle, pour les centres d'hébergement de soins de longue durée ou les petites résidences, quand notre système prend en main ces gens-là, je ne dis pas qu'ils ne le font pas de bonne foi, mais, tu sais, des fois, quand un patient doit être évalué à la hauteur d'un 70 \$ par jour ou d'un 75 \$ par jour et qu'on le cote ou qu'on l'évalue à 60 \$ par jour parce qu'on n'a pas d'argent, ça également, ça peut amener les gens à donner moins de services parce qu'ils n'ont pas l'argent, et c'est ce qui se passe présentement.

Alors, je veux dire au ministre aujourd'hui qu'afin de pallier ce manque de places là en hébergement, qui est évident — il manque de places, que ce soit en grand centre d'hébergement, en moyen ou en petit centre, là; je ne veux pas que les gens qui nous écoutent, là, soient mêlés plus qu'il faut dans ça — mais juste dire que les critères qui ont été mis en place suite au vote qu'on a fait unanimement sur le projet de loi n° 83, des critères, les conditions, là, les critères pour obtenir un certificat de conformité sont insuffisants. Ils donnent sujet à plein de questions.

Si on parle de gens en perte d'autonomie qu'on déplace de CHSLD, centres d'hébergement de soins de longue durée, vers des résidences intermédiaires, il va arriver des problèmes majeurs. Parce que les critères qu'on a mis présentement en place, quand on touche les critères de la bâtisse et autres, ça va très, très bien, pas de problème avec ça — puis c'était correct qu'on le fasse, on l'a même appuyé — mais des critères aussi larges qui ne servent ni les aînés ni les propriétaires de résidence, ça peut être inquiétant.

En tout — je vous donne un exemple, là — quand on demande que la personne qui va s'occuper de gens en perte d'autonomie — arrêtons de nous leurrer, là, si tu es autonome, tu restes chez toi; si tu es en perte d'autonomie puis tu as besoin d'être placé, d'aller en placement, tu es une personne qui a besoin d'avoir un suivi... je pense qu'il faut s'assurer que les critères ne sont pas seulement d'être majeur puis de posséder une formation en réanimation, en secourisme et en déplacement de personnes. Si on s'en va vers ça, c'est minimum, c'est beaucoup trop minimum. Et la présidente de l'AQDR disait tout récemment, dans

un journal connu, si je ne me trompe pas, *Le Journal de Québec*, elle disait ceci: On a vécu des horreurs dans les CHSLD, centres d'hébergement de soins de longue durée. Avec si peu de sous donnés pour les services dans les résidences intermédiaires où on déplace ces personnes-là, on va vivre des horreurs. Et ce n'est pas moi qui le disais, c'est elle qui le disait, et je suis d'accord avec elle. Si on ne prend pas les précautions voulues, on ne revoit pas critères-là qui sont depuis le 25 octobre, à la *Gazette officielle* — les gens ont 45 jours, je pense, pour donner des avis — je pense que le ministre va recevoir des avis là-dessus.

Alors, les conditions d'obtention d'un certificat de conformité sont des conditions insuffisantes qui vont donner des résultats, je pense, qui doivent donner des résultats à la hauteur, sinon on se trompe. Et sinon, si on n'est pas capable et le gouvernement c'est-à-dire n'est pas capable d'honorer ses engagements, je le dis, le gouvernement va conduire les aînés droit vers une impasse: pas d'argent pour développer de nouvelles places, accroissement important de la clientèle, investissement insuffisant en soins à domicile.

Je vous rappelle ce que disait le premier ministre en 2003: Je dis aux Québécois: Faites-moi confiance, je vais remettre sur pied le système de santé. Jugez-moi sur ces résultats et, si je n'y arrive pas, vous saurez quoi faire. Bien, moi, je peux dire, comme diraient les aînés: M. le premier ministre, à la lumière de vos promesses rompues, les aînés sauront quoi faire, j'en suis convaincue. Alors, il ne faut pas se leurrer puis jouer, là, au plus fin, là, avec des personnes âgées qui sont en droit de recevoir des services de qualité. Et ce n'est pas tout de vider les CHSLD puis remplir les ressources intermédiaires, il faut donner tant aux propriétaires de résidences qu'aux personnes qui vont les habiter tous les moyens pour avoir des soins de qualité, sinon danger, danger, impasse, impasse. Merci, M. le Président.

● (11 h 30) ●

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

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Bien, M. le Président, il y a quelques éléments de confusion certainement involontaire, que je voudrais rectifier.

D'abord, effectivement, «perte d'autonomie», ça ne veut pas dire placer. Je suis certain que la députée ne voulait pas dire ça, là. Quand on est en perte d'autonomie, il y a plusieurs degrés de perte d'autonomie, on n'est pas automatiquement placé. Il y a beaucoup d'autres endroits où on peut prendre en charge la perte d'autonomie, soit à domicile, soit dans des projets novateurs sur lesquels je reviendrai tantôt, soit dans des ressources intermédiaires ou même les résidences de personnes âgées. Lorsqu'elle parle du programme de certification de conformité, c'est du programme de certification des résidences privées de personnes âgées, pas de ressources intermédiaires. Il ne faut pas mélanger les deux. Ressources intermédiaires et résidences privées, ce n'est pas la même chose. En résidence privée, on retrouve, en très grande majorité, des personnes âgées autonomes ou avec une légère perte d'autonomie. En ressources intermédiaires, on trouve des pertes d'autonomie de degrés plus importants.

Alors, pour les CHSLD et les ressources intermédiaires, ce n'est pas la certification qui existe, ce sont les visites d'appréciation dont il a été à plusieurs reprises question ici même. D'ailleurs, la députée a certainement vu, dans les articles récents dans *Le Soleil* et d'autres journaux, des beaux exemples d'ailleurs d'amélioration de milieux de vie et de réussite dans les CHSLD, qui doivent donner l'exemple aux autres établissements pour qu'eux également suivent la trace.

Elle parle également des places de CHSLD. Bien sûr, on verra. Dans sa région, il y aura probablement des annonces prochaines pour des résidences de personnes âgées bien connues, pour moderniser les installations, les rendre plus propices au maintien des personnes dans des belles conditions, des meilleures conditions d'hébergement. Mais encore une fois il faut faire une très grosse différence entre les ressources intermédiaires et les résidences privées. Ce n'est pas la même chose. Je suis certain que la députée est au courant de ça. Et, lorsqu'on regarde ce qui a été accompli pour les aînés en général, il faut quand même rappeler, M. le Président, que notre gouvernement a accordé la gratuité des médicaments aux personnes âgées les plus démunies, à celles qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti, a apporté une majoration considérable du crédit d'impôt pour aidants naturels, une majoration encore plus considérable du crédit d'impôt pour le maintien à domicile, et mon collègue le ministre des Finances et le ministre du Revenu en ont fait ample état au cours des dernières semaines.

J'aimerais parler d'un projet ou d'un type de projet qui, d'après moi, représente une partie de l'avenir de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans notre société, c'est ce que nous appelons, dans le système de santé, actuellement, les projets novateurs. Qu'est-ce que c'est que ces projets novateurs? Il y en a une trentaine qui ont été développés pour 12 millions environ d'investissement. Il s'agit de projets de partenariat entre un établissement où il y a des personnes âgées dont la perte d'autonomie peut s'accélérer. Alors, ces établissements peuvent être un établissement privé parfois mais souvent un organisme sans but lucratif, une coopérative d'habitation, une municipalité qui sont responsables d'assurer le gîte, et le couvert, et le service global de ce qu'on peut appeler l'hôtellerie à la personne, les services directs étant déployés par le système de santé, par le CLSC. Et le soutien financier du projet est sous forme d'une subvention directe au centre de santé et de services sociaux pour non seulement conserver, mais augmenter progressivement les services... que la perte d'autonomie se maintient.

J'invite la députée à regarder dans sa région. Je crois qu'il y en a. La région sociosanitaire Mauricie—Centre-du-Québec, je pense, est un bel exemple de ce qu'on doit faire dans l'avenir. D'ailleurs, il y a une maison que nous connaissons tous ici, très bien, la Maison Carpe Diem, où on a fait une association qui est un peu inspirée de ça, qui n'est pas tout à fait la même chose parce qu'il s'agit d'une clientèle spécifique mais qui nous amène encore une fois sur une voie d'avenir qui est absolument prometteuse.

Ce type de projet, M. le Président, s'accompagne de beaucoup de promesses pour l'avenir parce qu'il prend en considération les véritables besoins et les véritables aspirations des personnes âgées. J'en donne quelques exemples: d'abord, rester près de son milieu naturel, rester près de sa communauté, de son plus petit village, et

notamment dans des régions comme la Haute-Mauricie ou le Bas-Saint-Laurent, ce qui est d'emblée préférable à un déplacement de plusieurs dizaines, parfois de centaines de kilomètres en CHSLD. Un autre élément dont on ne parle que très rarement, et Dieu sait si c'est au coeur même des préoccupations des personnes âgées qui sont en couple, c'est la nécessité et la possibilité que l'on a avec ces projets de ne pas séparer les couples. On sait qu'il y a des situations dramatiques actuellement où, après 40, 50 ans parfois de vie commune, il faut que les gens, les couples soient séparés parce qu'une des deux personnes doit être envoyée en centre d'hébergement de soins de longue durée. Ce type de projet permet de garder les couples unis, et même à un degré avancé de perte d'autonomie.

Donc, on se retrouve devant plusieurs options qui se déploieront au cours des prochaines années, d'une part des soins à domicile qui devront être continuellement rehaussés, ensuite des ressources intermédiaires... d'accueil, projets novateurs, et enfin l'hébergement institutionnel. Vous remarquez que je n'inclus pas dans ces options les résidences privées qui sont nettement dirigées vers une gamme de population dont la perte d'autonomie est soit absente ou très légère et qui sera beaucoup mieux encadrée d'ailleurs par la suite avec le programme de certification.

J'aimerais, pour information, donner à la députée un projet de ce type-là qui est à Nicolet-Yamaska — il va falloir qu'elle prenne le pont Lavolette — au centre de santé Nicolet-Yamaska, Les blés d'or. C'est un programme de suivi intensif de personnes âgées qui ont des troubles cognitifs. Ça vaut la peine d'aller voir ça. C'est ce qu'il faut faire au cours des prochaines années.

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

Mme Charlotte L'Écuyer

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Je vais continuer au niveau des personnes âgées. Et je vais prendre l'exemple de mon collègue, je vais parler un peu de l'organisation des services des personnes âgées dans mon comté.

Lors de la réorganisation des services de santé et des services sociaux dans Pontiac, surtout la partie rurale, il y a eu fusion de l'ensemble des établissements de santé pour créer un centre de santé et des services sociaux qu'on appelle aujourd'hui le Pontiac, et la priorité de ce regroupement-là a été des services aux personnes âgées. Il faut dire qu'on a une population de personnes âgées qui est à 16 % ou 17 %. Le premier geste qui a été posé par l'organisation, c'était de s'assurer d'avoir une porte unique d'entrée de demandes des services. Quand une personne âgée se présentait, que ce soit en CLSC, que ce soit à l'urgence, que ce soit dans un cabinet de médecin, une fois que le service était rendu, on s'assurait que les personnes âgées, s'il y avait d'autres besoins, elles soient acheminées directement aux différents services du centre de santé pour ne pas avoir à recommencer à faire une demande. Et on inscrivait les personnes âgées dans un registre pour s'assurer que, si elles avaient besoin de maintien à domicile ou qu'elles avaient besoin de repas de la Popote roulante ou de visites d'accompagnement, les besoins étaient fournis à ces personnes âgées là.

En même temps que s'est faite la fusion de l'ensemble des établissements, il y a eu un organisme à

but non lucratif qui a pris la relève de lits d'hébergement qui avaient dû être coupés, et cet organisme à but non lucratif a offert trois types de service à l'intérieur de son centre: de l'hébergement privé; de l'hébergement de répit pour les familles qui gardaient leurs personnes âgées, ce qui a permis d'augmenter à 10 lits nos lits de répit dans le territoire rural; et de l'hébergement de dépannage, d'urgence dans le cas d'une personne âgée où le conjoint décédait et elle ne pouvait rester seule. Il faut dire que, dans un milieu rural, il peut y avoir des gens qui sont très, très isolés parce que le voisin est à plusieurs kilomètres. Et ce qu'on a réalisé avec les années, c'est que, d'avoir surtout beaucoup de répit et d'avoir des organismes du milieu qui avaient de façon systématique des contacts avec les personnes âgées, on a diminué de beaucoup l'hébergement pour en arriver à héberger des personnes âgées qui requéraient trois heures-soins. Actuellement, dans nos centres d'hébergement, il y a très peu ou il n'y a à peu près pas de personnes âgées qui sont en bas de trois heures-soins. Et on a augmenté de façon systématique le maintien à domicile des personnes âgées, même celles qui avaient une perte d'autonomie des fois assez sévère, parce que le réseau de services était organisé pour s'assurer que de façon systématique il y avait une coordination dans l'ensemble des services offerts à la personne âgée, ne pas avoir trois intervenants qui vont la même journée, chez la personne âgée, ce qu'on voyait beaucoup avant: il pouvait y avoir l'infirmière, il pouvait y avoir l'aide à domicile.

Et je pense que ce que M. le ministre disait tantôt en disant: Il faut regarder des façons autres de faire, il faut être innovateurs, je pense que, quand on est capables de s'assurer de cette coordination-là au niveau des services et d'une porte d'entrée unique, on y arrive et on va être en mesure de faire face au vieillissement assez rapide de la population, surtout dans nos milieux ruraux, où il y a beaucoup moins de personnes.

C'était pour vous donner un exemple que, quand on prend le temps et qu'on travaille beaucoup avec le milieu, on voit qu'on est en mesure d'assurer des services au niveau des personnes âgées. Merci, M. le Président.

● (11 h 40) ●

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

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Nous ne pourrions certainement, M. le Président, terminer cet échange dans quelques minutes, là, sans aborder la question des hôpitaux universitaires à Montréal, sans aborder la question des mégahôpitaux.

J'ai ici, M. le Président, les déclarations que le ministre faisait en juillet 2003. Il doit peut-être s'en rappeler — en juillet 2003: «Feu vert — disait-il — aux deux nouveaux hôpitaux avec les conditions suivantes: limite à 800 millions de la participation du gouvernement dans chacun des projets.» Et il ajoutait: «Les deux centres hospitaliers — en fait, il s'agit des mégahôpitaux, n'est-ce pas, du CHUM et du CUSM, là — devront choisir leurs domaines de spécialité.» Je le cite. Il disait: «Nous ne dédoublerons pas l'achat d'équipements de pointe.» Et il donnait jusqu'au 15 décembre pour soumettre leurs projets revus et corrigés au gouvernement, 15 décembre 2003.

Alors, nous sommes trois ans et demi plus tard de cette déclaration qui se faisait en juillet dernier. Nous ignorons encore les coûts de réalisation, nous ignorons les coûts de location à long terme des deux immeubles, puisqu'il s'avère que c'est en partenariat public-privé que ça se fera. Nous ignorons même si le financement sera privé ou s'il s'agira d'un financement public. Nous ignorons encore s'il y aura complémentarité pour ne pas dédoubler les spécialités.

Je rappelle, M. le Président, que le ministre, il y a un an, avait déposé un plan de partage des spécialités médicales de pointe, et ce plan de partage a été fort mal accueilli, comme vous le savez sans doute en tant que député de Montréal. Et cependant nous appuyions le ministre quand il disait, il y a trois ans et demi — nous l'appuyons encore maintenant et l'avons fait l'an dernier... quand il faisait de la complémentarité une condition pour le coup d'envoi de la construction des CHU. M. le Président, nous maintenons nécessaire qu'il y ait deux grands hôpitaux universitaires, à une condition cependant, c'est la complémentarité bien évidemment, et rien ne nous indique, après le groupe de travail, là, sous la présidence du Dr Baron, qu'on s'achemine vers la complémentarité. L'écho que nous avons, à Montréal du moins — et je voudrais que le ministre nous le confirme, puisque ce semble le cas: la médiation du Dr Baron a été un échec.

Alors, qu'arrive-t-il, là, du plan de partage des spécialités médicales de pointe? Qu'arrive-t-il des plans fonctionnels et techniques? Est-ce qu'ils sont prêts? Est-ce qu'il est exact qu'il y a augmentation substantielle du nombre de lits annoncés par le Centre hospitalier de McGill à ses propres frais, semble-t-il? Est-ce exact qu'il y aura un plan financier pour la mi-décembre? Sera-t-il rendu public entre Noël et le jour de l'An? À quel moment le ministre entend-il le rendre public? Fait-il toujours de la complémentarité des services une condition pour le coup d'envoi de la construction des CHUM, et évidemment pour l'achat d'équipements, et puis l'attribution des équipes de services spécialisés?

Alors, je pense, M. le Président, que ces questions sont incontournables et sont même à la base de l'appui de la population. Il n'y aura pas d'appui de la population. Le ministre annonçait tout ça pour 2013. Il a annoncé ça en 2003, alors que, là, maintenant on sait très bien que c'est pour 2013, mais, pour le reste, c'est inconnu. Il n'y a que la date qui nous est connue, tout le reste demeure encore inconnu. Et je rappelle que chaque journée perdue, c'est, pour chacun des centres hospitaliers universitaires, 100 000 \$ par jour. Alors, c'est 200 000 \$ par jour. Depuis la déclaration du ministre de la Santé et de la présidente du Conseil du trésor il y a 20 jours, bien c'est 4 millions de perdus.

C'est: chaque journée de retard, nous confirme-t-on, à Montréal — et le Dr Porter, directeur général du CHUM... du CUSM, plutôt, du Centre hospitalier de McGill, l'a bien confirmé — chaque journée perdue, c'est 100 000 \$ pour chacun des mégahôpitaux. Alors, voilà, M. le Président.

Conclusions

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. Il nous reste à conclure cette interpellation. Il reste, de façon réglementaire, 15 minutes, alors je propose à peu près sept minutes chaque.

Mme Harel: ...de plus?

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, il n'y a pas de consentement. Alors, à peu près sept minutes chaque. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, la parole est à vous.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: ...M. le Président, je tire un certain plaisir à mes échanges avec la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Je n'exagérerai pas, là, mais ça soulève toujours des questions intéressantes. D'abord, je la félicite de se prononcer, de façon très claire, pour qu'il y ait deux hôpitaux universitaires. Il y a eu des propositions que je qualifie un peu de sectaires, là, qui m'ont beaucoup attristé, qui ne donnaient pas un bon signal pour notre société. Et je suis content qu'elle ait donné ce signal-là au nom de sa formation politique.

Effectivement, on a donné le feu vert à ces projets enfin en juillet 2003. Et je dirais avec la question des infections nosocomiales, avec la question des listes d'attente, avec la question également des salles d'urgence, avec ce qu'on va rajouter au niveau des visites d'appréciation de CHSLD, avec ce qu'on va faire avec les unités de débordement dans les urgences, c'est un autre exemple de ce que j'appellerais le pari de la transparence. La transparence, ce n'est pas une tradition. Et je ne blâme pas nécessairement une formation politique plus qu'une autre, quoiqu'il y ait certains exemples intéressants que je vais devoir citer quand même, mais il y a une tradition de garder certaines informations de la population en disant: Bien, s'ils apprennent ça, ça ne sera pas bien bon, il vaut mieux qu'ils ne le sachent pas trop. Et, s'il y a bien un exemple de ça, c'est la question des coûts et des échanciers de ces établissements-là parce que, les exemples précédents, il faut les citer, le métro de Laval par exemple, où on a donné le coup d'envoi, on a fait la fameuse pelletée de terre en sachant fort bien que les coûts publiés et annoncés n'avaient rien à voir avec les coûts réels, en se disant probablement: Bien, ils auront bien le temps, les citoyens, de l'apprendre ultérieurement.

Pour la première fois, le gouvernement propose — et je pense que c'est un modèle dont on ne pourra plus s'éloigner maintenant, quels que soient les grands projets des prochaines années; propose — une gestion véritablement professionnelle d'un projet immobilier par des gens dont c'est le métier. Et on ne peut pas dire que les membres de gouvernement, quel que soit leur grand mérite, aient une formation qui les prépare à gérer des projets immobiliers de ce type-là. Je m'inscrirais un peu non pas en faux, mais en désaccord avec ce que dit la députée d'Hochelaga-Maisonneuve lorsqu'elle dit: Chaque journée perdue est une source de dépenses. Oui, mais chaque étape sautée est une source immense de gaspillage, et ça, les années nous l'ont très bien montré.

La complémentarité effectivement est en... Et il y a quand même des bonnes nouvelles récemment. Je suis certain qu'elles n'ont pas échappé à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Il y a eu une annonce sur le système d'information commun entre les deux établissements, une annonce récente, qui est passée inaperçue malheureusement mais qui était majeure, sur le partage complémentaire de la recherche, un plan de développement de la recherche

complémentaire, et mon regret est bien sûr... et on n'a pas pu obtenir tous les résultats qu'on aurait voulu avec le comité présidé par M. Baron à mon avis, et ça a été très difficile, sur le plan politique et des perceptions des communautés, d'aller plus loin. Il y a deux domaines de pointe où il aurait été très profitable pour la société au-delà des budgets d'établissement, parce que ça représente une petite partie des budgets: je pense à des domaines tels que la chirurgie cardiaque pédiatrique ou la neurochirurgie où on aurait pu unir les forces et développer des services véritablement compétitifs sur le plan international.

Il y a toutes sortes de raisons, d'arguments qui sont entrés en jeu. Peut-être que ça se fera avec le temps. De toute évidence, il faut laisser les communautés mûrir, mais ça ne changera pas les plans des établissements. Ce sont des activités de petit volume qui n'ont pas d'influence directe sur les planifications. Il est certain que, dans l'ensemble des services autres, il va falloir conserver des services sur les deux sites, compte tenu du volume de la clientèle, vieillissement de la population, etc. La phase d'approbation des programmes fonctionnels et techniques fonctionne très bien, avance bien. Je crois qu'on est très près de l'approbation de ce qu'on appelle le PFT, là, pour le CHUM, littéralement très près. Pour l'Hôpital de McGill, c'est un peu plus long, mais c'est une question de semaines et non pas de mois supplémentaires. Je voudrais juste mentionner qu'il n'y a pas d'augmentation de lits prévue à McGill. Il y a eu des discussions à cet effet-là, mais il n'y a pas d'augmentation de lits parce que les nombres de lits qui ont été fixés pour les centres hospitaliers universitaires, autant le CHUM que l'Hôpital de McGill, doivent nous faire percevoir le paysage du système de santé non pas d'il y a 10 ans, mais de dans 10, 15, 20 ans. On sait qu'on aura beaucoup plus de médecins, beaucoup plus d'équipements médicaux dans les régions, notamment les couronnes de Montréal, donc ces couronnes seront beaucoup plus autonomes qu'elles ne le sont actuellement pour prendre en charge la majorité des pathologies qu'ils rencontrent.

● (11 h 50) ●

Il faut rappeler à la population que, même si un centre est un centre hospitalier universitaire, dans tous les pays, on sait que 75 % au moins des activités ne sont pas de nature tertiaire ou quaternaire mais de nature, on dirait, des spécialités de base ou des spécialités un peu plus avancées, mais pas de niveau... tertiaire ou quaternaire. Donc, il faut penser qu'alors que, dans les dernières années, dans le siècle précédent, on pouvait raisonner et prévoir des hôpitaux universitaires pour traiter, opérer tout le Québec, toute la population du Québec, ce n'est plus le cas maintenant et ce ne sera plus le cas au cours des prochaines années, de sorte qu'il était nécessaire de faire cette planification de façon rigoureuse, ce qui a été fait. Parce que l'approbation du projet, en fait c'est trois éléments qui doivent entrer en conjugaison: le programme fonctionnel et technique, le projet clinique de l'établissement et le budget de fonctionnement. Il faut que ces trois éléments s'imbriquent. C'est d'une très haute complexité, c'est pour ça que ça prend des professionnels pour le gérer. Pour ce qui est du mode de réalisation, le gouvernement annoncera éventuellement sa décision avec les explications et les arguments à la base de sa décision.

Il y a un autre élément qui n'a pas été mentionné par la députée, qui à mon avis est important à développer au cours des prochaines années et, j'espère, avant qu'on

ouvre les portes de ces hôpitaux, c'est la question des plans de pratique. Et Dieu sait si c'est une question d'actualité aujourd'hui alors que, dans le cours de moyens de pression de la Fédération des médecins spécialistes, moyens de pression que je trouve personnellement regrettables, on interrompt l'enseignement des étudiants sur la base apparemment que l'enseignement n'est pas rémunéré. Mais il faut noter que ce n'est pas dans toutes les facultés de médecine que ce n'est pas rémunéré, premièrement, et que, deuxièmement, un véritable hôpital universitaire, s'il veut prendre son essor, s'il veut assurer un développement et arriver à un niveau de compétitivité internationale, qu'on arrête de se comparer l'un à l'autre mais qu'on se compare ensemble, Montréal avec ce qui existe ailleurs en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde.

Le fait de se doter de plan de pratique est absolument incontournable. Alors, c'est la raison pour laquelle nous avons, il y a quelques semaines, apporté un investissement de 40 millions de dollars pour que les médecins spécialistes oeuvrant en milieu universitaire et les chercheurs, nos jeunes chercheurs cliniciens également qui s'y installent se voient soutenir sur le plan financier, sans pénalité par rapport aux activités que pourraient leur amener les activités cliniques... aux revenus, pardon, que pourraient leur amener les activités cliniques.

Alors, il y aura des forfaits quotidiens attribués pour les activités d'enseignement, de recherche, d'évaluation de la technologie, ce qui est le dernier outil qui manquait pour particulièrement les deux facultés de médecine de Montréal pour qu'elles puissent se doter d'un véritable plan de pratique qui est l'intégration de l'argent de l'éducation, de santé mis en commun et réorganisé en un système de distribution de revenus qui est compétitif pour les médecins et même rehaussé certainement avec l'ajout des sommes que nous avons annoncées mais également qui ne pénalise pas une activité par rapport à l'autre, que ce soient les activités cliniques, l'enseignement, la recherche ou l'évaluation des technologies. Je dirais que cet aspect-là est particulièrement important.

On aura bientôt, lors de l'annonce des PFT, l'entrée en jeu des professionnels qui ont déjà été sélectionnés par les établissements, et ce sont ces personnes qui, en termes de leur processus d'analyse, vont pouvoir donner à la population le message le plus exact possible sur les coûts et les échéanciers. Ce qu'on sait d'ores et déjà, c'est qu'en 2011, sur les deux sites, il y aura des projets très avancés, et beaucoup de bâtiments qui seront sortis de terre, et probablement des... dans plusieurs parties de ces établissements et ce sera un grand jour, le jour où nous inaugurerons ces établissements, M. le Président. J'espère y être.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve est porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, pour une conclusion de sept minutes.

Mme Louise Harel

Mme Harel: M. le Président, est-ce que la transparence, ce pourrait être également que le ministre de la Santé cesse de parler de 40 millions pour le financement des activités d'enseignement universitaire de la médecine, alors que cette année il n'y a aucun financement

qui est prévu, que sur 40 millions il y a 10 millions dans l'exercice financier qui débute le 1er avril 2007 et que ça n'est qu'en 2008-2009 que le 40 millions, donc dans trois ans. Alors, je pense que ça, ce serait, je pense, une condition de transparence, une nécessaire condition de transparence.

Il en va aussi en matière d'engagements, parce que c'était ce que nous faisons ce matin, n'est-ce pas, le bilan des engagements libéraux et ce que j'ai appelé, en début de cette séance, l'imposture libérale. Pourquoi, M. le Président? Parce que la transparence, ça aurait aussi été, il y a trois ans et demi, en campagne électorale, de ne pas prétendre. Et je cite l'engagement libéral: «Nous allons répondre aux besoins de tous les Québécois à toute heure du jour ou de la nuit, dans toutes les régions du Québec.» Ils ajoutaient — le Parti libéral ajoutait: «Pour réduire l'attente, nous allons assurer l'accès aux soins de santé 24 heures par jour, sept jours par semaine, partout au Québec», et ainsi de suite. Il y en avait, M. le Président. Je pense modestement avoir eu l'occasion de démontrer que le ministre de la Santé et son gouvernement n'ont pas la note de passage à l'égard des engagements qu'ils ont pris en matière de santé et de services sociaux.

M. le Président, on a bien compris que, la caution, dont se sert le ministre de la Santé et ses collègues, le gouvernement, à l'effet donc d'une mise à la retraite de médecins et d'infirmières il y aura 10 ans l'an prochain, j'ai vérifié, M. le Président, et l'âge moyen des médecins qui ont été mis à la retraite était de 69 ans. Ça veut donc dire, M. le Président, qu'il y a déjà quelques années qu'ils auraient pris leur retraite. Je comprends que le gouvernement veut s'en servir comme alibi pour essayer de justifier qu'il n'ait pas rempli ses engagements à l'égard de la population, mais en quelque part ça devient dérisoire, M. le Président, d'autant que les cohortes d'infirmières qui, on le sait, cette année sont sur le marché du travail, ces cohortes ont débuté, il y a déjà presque 10 ans de cela plus exactement, une très forte augmentation des admissions dans les écoles d'infirmières à partir des années 1998, 1999 et suivantes.

M. le Président, je ne fais aucun reproche au ministre de ne pas atteindre le zéro infection dans les hôpitaux, ce n'est pas ça que je lui reproche, mais je dis que — je fais la comparaison avec les accidents de travail, notamment sur les chantiers de construction — s'il n'y avait pas eu une grande mobilisation pour dire: Zéro accident, une mobilisation collective, M. le Président, tolérance zéro... je sais qu'on doit viser. Ça ne veut pas dire qu'on l'atteint, mais on le vise, on met tout en place pour y arriver. Et, moi, je suis contente d'avoir été privilégiée, avec quelques-unes de mes collègues, d'avoir rencontré un microbiologiste infectiologue de l'Hôpital Le Gardeur qui a mis en place, oui, tout un système massif pour terrasser la bête, si je peux dire ainsi, pour juguler en fait l'infection en systématiquement offrant aux patients qui prennent des antibiotiques à l'hôpital de prendre des probiotiques, ce qui leur permet de passer à travers avec des taux d'infection et d'un nombre de décès extrêmement faibles, M. le Président, de l'ordre de 98 %.

Écoutez, ce que je dis aussi, c'est que la transparence, ça aurait été de ne pas tout promettre. Il faut lire, M. le Président, ces entrevues qu'ont faites, il y a maintenant trois ans et demi, dans *L'Actualité médicale*, le porte-parole libéral en matière de santé et ses collègues

et qui disaient que la santé libérale, c'était une hausse du financement de la santé. J'ai, M. le Président, déposé un tableau, et ce tableau en fait démontre, témoigne du fait qu'il n'y a eu aucune injection d'argent neuf, aucun crédit supplémentaire d'argent neuf du gouvernement du Québec dans la santé. En fait, le gouvernement du Québec a bénéficié, entre autres, des transferts fédéraux en santé négociés par le gouvernement précédent. Je pense que le 2,8 milliards dont a bénéficié le gouvernement libéral plus ce qu'il a lui-même signé en termes de transferts avec Ottawa, c'est un total, M. le Président, de 4 860 000 000 \$ qu'il a reçus entre 2003-2004 et 2006-2007 de transferts du gouvernement fédéral, 2,8 milliards négociés par le gouvernement du Parti québécois et la différence signée avec le gouvernement libéral et Ottawa.

M. le Président, imaginez-vous, là, quand on pense qu'il en a pourtant dépensé, en santé, 617 millions de moins que la progression, là, des budgets de santé pour la même période dans les transferts fédéraux, c'est là où le bât blesse, c'est bien évident. Ce que le ministre a eu, je le plains, moi, le ministre de la Santé. Il a eu les coûts de système, il n'y a rien eu d'autre, c'est-à-dire qu'il a suivi la progression, il a suivi la progression. Le gouvernement précédent, pendant quatre ans, a injecté une progression de budget de santé de 21,1 %, puis le ministre de la Santé du gouvernement libéral, durant les quatre années de mandat, là, de quatre budgets, juste depuis 2003, a injecté 21,9 %, M. le Président.

● (12 heures) ●

Il suit la courbe, là, de l'augmentation du coût de la vie, comme on dit, autant pour ses employés. On a même additionné l'équité salariale, là, dans les chiffres que nous vous avons déposés. Ça veut dire qu'il a rompu sa promesse, M. le Président. Il avait promis. Et la transparence, ce serait de dire: On a effectivement trompé la population. Ils avaient dit, M. le Président, et ils avaient promis à la population que les salles d'opération fermées faute de budget seraient ouvertes, ils avaient promis qu'il y aurait un taux d'occupation de 80 % dans les urgences des hôpitaux. Ils ont faussé les statistiques ministérielles en ouvrant des lits de débordement dans des dizaines de centres hospitaliers.

Alors, pour toutes ces raisons, il n'y a pas de note de passage pour le ministre de la Santé ni son gouvernement.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. Alors, ceci conclut la dernière interpellation de l'année 2006. Je vous remercie, chers collègues, de votre collaboration habituelle et j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 12 h 1)