

ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

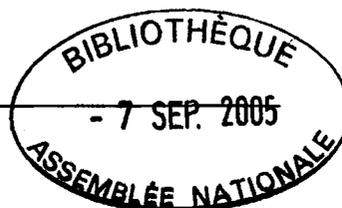
de la Commission permanente
des affaires sociales

Le mercredi 18 mai 2005 — Vol. 38 N° 127

Étude des crédits du ministère de la Santé et
des Services sociaux (2): volet Santé

Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet

QUÉBEC



Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 18 mai 2005 — Vol. 38 N° 127

Table des matières

Santé	
Discussion générale	1
Hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (suite)	1
Listes d'attente en chirurgie	4
Services préhospitaliers d'urgence	4
Politique du médicament	5
Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec	9
Personnes obèses en attente d'une chirurgie bariatrique	10
Lutte contre le cancer	11
Investissement dans les services de soutien à domicile	14
Enveloppes budgétaires régionales	14
Investissement dans les services de soutien à domicile (suite)	15
Mesures de soutien aux aidants naturels	17
Entente fédérale-provinciale de septembre 2004 sur la santé	18
Transferts fédéraux en matière de santé (suite)	20
Listes d'attente en chirurgie (suite)	20
Groupes de médecine de famille et cliniques-réseaux	21
Déficit du réseau de la santé (suite)	22
Enveloppes budgétaires régionales (suite)	22
Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois (suite)	23
Déficit du réseau de la santé (suite)	23
Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois (suite)	23
Nombre d'étudiants en médecine et de médecins	25
Répartition des médecins au Centre-du-Québec et rénovation du Centre de santé Les Blés d'or, à Fortierville	26
Nombre d'étudiants en médecine et de médecins (suite)	27
Projet pilote d'infirmières praticiennes	28

Intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Yolande James, présidente suppléante

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
Mme Sylvie Roy
Mme Diane Legault
M. Jean-Pierre Paquin
Mme Francine Gaudet
M. Daniel Bernard

Le mercredi 18 mai 2005 — Vol. 38 N° 127

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (2): volet Santé*(Neuf heures trente-neuf minutes)*

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales.

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, évidemment, je suis sûr que c'est déjà fait, tous les téléphones cellulaires ont déjà été mis hors tension pour ne pas déranger les travaux de la commission. Je vous rappelle que nous sommes réunis afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2005-2006.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Girard (Gouin) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

● (9 h 40) ●

Le Président (M. Copeman): Très bien. Nous sommes sur le deuxième bloc de temps consacré à l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux. Et je pense qu'on n'a pas besoin de clarifier quoi que ce soit à matin, tout le monde est de bonne humeur et dans un esprit de collaboration absolument hors pair.

Santé

Discussion générale

Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, la parole est à vous.

Hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (suite)

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je souhaiterais que l'on puisse poursuivre, ce matin, sur le dossier de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie. Alors, je disais donc, hier, que le ministre annonçait aux médias, je crois — je ne sais s'il le confirmera, là, je souhaite qu'il nous donne l'heure juste ce matin — qu'il entendait donner suite à la demande de l'opposition officielle et à celle de tous les organismes qui ont présenté des mémoires sur le projet de loi n° 83 et qui représentent... les organismes qui représentent les personnes âgées, donc donner suite à leur demande d'une certification obligatoire des résidences pour aînés qui accueillent des personnes en perte d'autonomie.

Alors, qu'en est-il de son intention? Dans le journal la *Gazette*, aujourd'hui, cela semble confirmer qu'il va

le considérer, mais peut-il nous donner en fait l'heure juste, là, sur cette question? Et quand seront prêts les critères sociosanitaires? Quand seront-ils publiés dans la *Gazette officielle*? Et qui va faire l'inspection? Je comprends que le ministre aurait indiqué que les inspecteurs pourraient relever des agences régionales, lesquelles agences ont connu des compressions de 5 millions l'an dernier, de 2 millions... presque 2,5 millions cette année. Alors, comment pourraient-elles s'acquitter de cette surcharge de responsabilités?

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Vous comprendrez qu'il faut avoir une certaine réserve, parce qu'on ne voudrait pas insulter l'Assemblée nationale en parlant maintenant d'amendements qui seraient éventuellement déposés plus tard dans le processus législatif, mais ce que j'ai dit et que je répète, c'est qu'effectivement nous avons entendu les arguments de la plupart des groupes qui sont venus en commission sur la nécessité d'élargir le processus de certification au-delà de la simple certification pour référence, là, de personnes ayant séjourné dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec pour la raison... L'argument, je crois, qui a été le plus... les deux arguments qui ont été les plus utiles pour nous convaincre de la nécessité d'aller dans cette direction, c'est d'abord le fait que ce réseau d'établissements privés n'est pas dans une situation d'offre et de demande classique, c'est-à-dire que la demande dépasse en général le nombre de places disponibles, de sorte qu'on peut douter de l'effet incitatif réel sur les propriétaires de résidences privées quant à la nécessité absolue, pour augmenter leur volume de clientèle, de détenir un tel certificat. Et c'est un argument qui m'a semblé très valable, de sorte qu'on pourra le coupler avec le registre qui a déjà été mis en place et s'assurer que toutes les résidences inscrites au registre fassent l'objet de la certification.

Maintenant, les agences régionales effectivement émettent le certificat, mais elles peuvent déléguer aux établissements, aux centres de santé et de services sociaux — et je crois que c'est ce qu'on va souhaiter — la possibilité de s'occuper des établissements de leur territoire, qu'ils connaissent beaucoup mieux que le niveau régional, et d'en faire l'inspection pour mener au processus de certification. On a eu, en commission parlementaire, l'exemple de Granby où il y a un excellent système qui a été mis de façon spontanée, qui a été mis spontanément en place, où les travailleurs de CLSC, de concert avec le milieu municipal, font cette évaluation. Ils ont réussi, dans un temps relativement court, à l'intérieur des moyens qui étaient déjà à leur disposition, de certifier toutes les résidences privées de leur territoire et de rendre ça public sous forme d'un bottin. Et je suis certain que c'est quelque chose que les citoyens de la région apprécient énormément, d'autant plus qu'on sait que Granby reçoit beaucoup

de personnes âgées qui viennent dans cette région pour y passer leur retraite.

Donc, c'est effectivement la direction dans laquelle nous comptons aller. Les amendements que nous déposerons refléteront cette orientation, et je suis certain que l'opposition voudra s'y rallier rapidement et avec enthousiasme.

Mme Harel: D'autant plus facilement, M. le Président, que nous avons réclamé, tout au cours de la commission parlementaire qui s'est déroulée durant plusieurs semaines — commission que vous avez présidée d'ailleurs, M. le Président — que nous avons réclamé qu'il y ait cette certification obligatoire. Est-ce qu'elle va également s'étendre aux résidences pour personnes ayant des déficiences intellectuelles, déficiences physiques et autres déficiences?

M. Couillard: Nous avons également indiqué notre ouverture à étendre la certification à d'autres clients vulnérables, notamment les déficients intellectuels ou les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Les dispositions proposées seront contenues dans les amendements que nous déposerons.

Mme Harel: Donc, il y aura à la fois certification pour les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie et pour les résidences qui accueillent des personnes connaissant une déficience...

M. Couillard: C'est ce qu'on envisage.

Mme Harel: «Envisage», ça veut dire que ce n'est pas définitif?

M. Couillard: Bien, vous savez très bien... M. le Président, la députée sait très bien quels sont les prérequis. Il faut préparer les amendements, il faut les discuter au gouvernement, il faut les présenter au conseil de législation, il faut les déposer à l'Assemblée nationale, il faut les discuter article par article. On aura amplement l'occasion d'en discuter.

Mme Harel: Alors, je comprends que le ministre va déposer ces amendements. J'espère qu'il aura plus de succès que ceux qu'il a déposés sur le projet de loi du Commissaire à la santé auprès de ses collègues du Conseil des ministres.

M. Couillard: Pourquoi? Je ne sais pas, M. le Président, le sens de cette remarque. Moi, je suis très heureux des amendements qu'on a déposés pour le projet de loi n° 38 sur le Commissaire à la santé et au bien-être parce qu'évidemment ça ajoute beaucoup avec la création d'un forum de la population et également quant au mode de nomination qui fait intervenir les membres de l'Assemblée nationale, d'ailleurs de cette commission, et également des représentants du milieu pour aboutir à une sélection à l'extérieur de laquelle le gouvernement ne peut sortir. Alors, je pense qu'il y a là une amélioration notable quant à la nomination et quant également à la façon de procéder.

Et déjà, dans le début de l'étude article par article, on se souviendra de la discussion qu'on a eue sur un ou

deux articles. Je crois qu'on a siégé quelques heures déjà, et on a ajouté les déterminants de la santé, par exemple, comme faisant partie du mandat du commissaire. Alors, j'ai hâte qu'on reprenne cette étude détaillée pour qu'on puisse finaliser l'adoption de ce projet de loi. Je suis certain d'ailleurs que l'opposition a hâte de lire le premier rapport du Commissaire à la santé et au bien-être et qu'ils partagent notre impatience relative quant à la nécessité de nous doter de cette institution au Québec.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je dois vous dire que je suis vraiment déçue ce matin. Je croyais que c'était le Conseil des ministres qui avait choisi de ne pas respecter l'engagement solennel pris en campagne électorale d'assurer l'impartialité et l'indépendance du Commissaire à la santé. Je dois constater que c'est le ministre lui-même qui n'a pas proposé au Conseil des ministres de respecter l'engagement solennel du Parti libéral en campagne électorale de créer un poste de Commissaire à la santé relevant de l'Assemblée nationale pour garantir l'impartialité et l'indépendance.

Alors, concernant les critères sociosanitaires, ces critères sont en préparation, et le ministre peut-il indiquer quand se fera la publication dans la *Gazette officielle*?

M. Couillard: Bien, écoutez, il faut d'abord adopter le projet de loi, parce que le projet de loi donne le pouvoir de déposer ces règlements. Il faut dire également que l'extension probable du mode de certification, la vaste gamme d'options qui nous ont été présentées en commission parlementaire quant aux critères à utiliser rendent le travail un peu plus prolongé. Nous voulons reprendre ce travail et le faire de façon plus détaillée. Par exemple, certains ont voulu nous conseiller d'utiliser les critères déjà utilisés dans le programme Roses d'or. D'autres, comme justement l'expérience de Granby, n'utilisent pas cette table. Ils en ont mise au point une qui d'ailleurs m'apparaît très intéressante, qu'on a gardée d'ailleurs pour servir de base à nos travaux. Alors, adoptons le projet de loi, qui nous donne donc le pouvoir de réglementer, et nous irons de l'avant par la suite. Et on pourra, au cours de l'étude article par article, donner un aperçu de la direction dans laquelle on se dirige.

Il faut arriver au double objectif d'avoir un système de critères qui soit applicable de façon uniforme, qui ne soit pas trop lourd ni complexe également à administrer pour les gens du réseau et qui recueille également l'assentiment et, je dirais, la participation active du milieu des résidences privées. Alors, ce sera détaillé au cours de nos discussions.

● (9 h 50) ●

Mme Harel: M. le Président, j'aimerais que le ministre réconcilie des documents récents émanant de son ministère concernant les logements diversifiés et adaptés pour personnes âgées et les chiffres qu'on y retrouve. Dans son document intitulé *Plan stratégique*, qu'il a déposé la semaine dernière, à la page 26, on retrouve comme cible de nombre de places créées ou réaménagées en matière de longue durée, on retrouve ceci: «Construire ou réaménager environ 3 000 places d'hébergement en collaboration avec le secteur privé.»

Hier, le ministre disait ici même, à cette commission, qu'il écartait le scénario de rénovation de places d'hébergement en PPP. Et, contrairement à ce qu'il disait

hier, dans son plan stratégique déposé la semaine passée à l'Assemblée, il se donne comme cible de construire ou réaménager 3 000 places d'hébergement avec le secteur privé. Alors, qu'en est-il exactement?

M. Couillard: Bien, M. le Président, on s'entend que c'est le secteur privé de toute façon qui va construire les places, ce n'est pas le gouvernement. Donc, de toute façon, il faut le faire en collaboration avec le secteur privé. Ce que j'ai indiqué hier, c'est qu'on étudierait la possibilité d'utiliser l'outil des partenariats public-privé non pas pour les places rénovées mais pour ces places parmi ce nombre qui seront des nouvelles places à ajouter au Québec en soins prolongés institutionnels. Donc, on étudiera la possibilité d'utiliser cet instrument à ce moment-là. Mais il est clair, M. le Président, que ce n'est pas le gouvernement qui construit les places, c'est le secteur privé. Ça a toujours été comme ça.

Mme Harel: Doit-on comprendre... Combien y aura-t-il donc, là, de nouvelles places?

M. Couillard: C'est très difficile de maintenant donner déjà un chiffre très précis parce qu'il faut y aller région par région et sous-région par sous-région. Une fois que le plan d'action va être déposé, on va demander à chaque région de faire le travail, d'évaluer exactement où ils en sont en termes de pourcentage d'institutionnalisation, de développement de soins à domicile, de développement de modalités alternatives, et ce chiffre-là va varier. Je pense qu'il serait très imprudent maintenant d'en donner un aperçu parce qu'il faut vraiment se donner le temps de faire un examen régional.

D'ailleurs, une fois que le plan d'action sera déposé, les équipes ministérielles vont faire une tournée régionale, chaque région va présenter sa version, ou son adaptation, ou sa compréhension du plan d'action pour sa réalité, et cette réalité varie énormément d'une région à l'autre. Par exemple, le taux d'institutionnalisation en Montérégie est de 3,1 %; ailleurs, il est plus bas; ailleurs, il est plus haut. Donc, ça va dépendre de chaque région. Mais il est clair qu'il va falloir ajouter certaines places.

Et cette question des places de CHSLD, M. le Président, c'est important de le mentionner, c'est l'aboutissement de la démarche et non pas son préalable. C'est-à-dire que le plan d'action vise à, un, augmenter les services en soins et en maintien à domicile; deuxièmement, offrir une vaste gamme d'options entre le domicile et le CHSLD, ceci menant éventuellement à une réduction du taux d'institutionnalisation des personnes âgées au Québec aux alentours de 3 % ou un peu plus de 3 %. Et encore une fois ceci dépendra de chaque réalité régionale et de la situation dans chacune de ces régions.

Mme Harel: M. le Président, je lisais encore une déclaration du ministre, hier, à l'effet que le taux d'hébergement public et privé conventionné au Québec était au niveau... s'établissait à 4 %, et en fait il s'établit présentement, en 2003-2004, à 3,5 %. C'est là le pourcentage qu'on retrouve dans le document de consultation du ministère lui-même qui est en circulation depuis quelques jours. Alors, on est déjà à 3,5 %.

D'autre part, je ne comprends pas qu'il prétende encore devoir faire faire une évaluation des besoins en

région alors que, dans le document qui s'intitule *Plan d'action pour les aînés*, qui est en circulation pour le plan d'action 2005-2010, on retrouve des tableaux avec tous les chiffres qui lui permettraient maintenant, là, d'évaluer combien de places d'hébergement il devra construire. Alors, je ne vois pas pourquoi il nous reporte ça encore, là.

M. Couillard: C'est clair, M. le Président, qu'il faut se donner le temps de faire cet examen, parce que ces chiffres auxquels fait allusion la députée d'Hochelega-Maisonneuve sont des chiffres superficiels. La réalité est encore plus compliquée que ça. Par exemple, il faut parler non seulement du nombre de places qui est disponible dans une région, mais du rapport entre ce nombre de places et les autres modalités d'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faut, une fois qu'on a déterminé quel est le nombre de places actuel, en faire un examen quant à la fonctionnalité.

Parce que, là, je m'explique, il y a beaucoup de places de CHSLD actuelles qui ne sont pas conçues physiquement pour accueillir des patients à lourde perte d'autonomie. Alors, il faut vraiment faire le bilan. Et je visitais Joliette lundi, et j'ai vu une chambre à cinq personnes sans toilette ni salle de bain. Alors, si on place des gens à lourde perte d'autonomie dans un local semblable, bien ça ne pourra pas fonctionner, c'est impossible. Alors, c'est un examen qui est beaucoup plus détaillé que ce qui a été fait jusqu'à maintenant et qui s'appuie sur un plan... Bien, il va s'appuyer sur un plan d'action. Le document que la députée a entre les mains est le document de consultation qui va mener au plan d'action qui va être déposé d'ici quelques semaines. Donc, là, on aura vraiment un instrument de travail dont la mise en application va changer d'une région à l'autre et même, à l'intérieur d'une même région, d'une sous-région à l'autre. La Montérégie est toujours le meilleur exemple. Entre la région est et ouest de la Montérégie, il y a des grandes différences de besoins, et il y a des grandes différences de montants de fonctionnalité.

Et cette question de rénovation des unités existantes est importante. D'ailleurs, l'an dernier on a déjà dépensé 35 millions de dollars... ou permis 35 millions de dollars de travaux pour la vétusté. J'ai annoncé, dans mes remarques d'introduction, qu'on renouvelle cette enveloppe. Donc, en 2005-2006, il y a un deuxième 35 millions qui va s'ajouter pour rénover les places de CHSLD lorsque les critères de vétusté sont les plus préoccupants.

Mais il faut vraiment sortir de ce que... La logique dans laquelle on essaie de nous entraîner, M. le Président, n'est pas celle qu'il faut prendre. On essaie de nous faire commencer l'examen en commençant par le nombre de places de CHSLD, que ce soit la finalité de l'exercice, ce n'est pas ça. Le début de l'exercice, c'est d'établir toute la gamme de soins disponibles et de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans une région ou dans une sous-région, de vérifier le niveau de rehaussement requis en soins de services à domicile, en ressources alternatives et, en fin d'exercice, de déterminer quel est le nombre de places en CHSLD requis, quel est leur niveau de fonctionnalité requis et comparer avec la situation existante, et là on aura des plans d'action vraiment détaillés et adaptés pour chacune de nos régions.

Mme Harel: Alors, M. le Président, ce que l'on sait en vertu des renseignements qui nous sont communiqués

dans le cadre de l'étude des crédits, c'est que, depuis deux ans que le gouvernement libéral est au pouvoir, il n'y a eu aucune nouvelle place en CHSLD. Là, le ministre découvre, deux ans plus tard, malgré l'engagement, en campagne électorale, d'augmenter le nombre de places pour accueillir des personnes en CHSLD, il découvre deux ans plus tard qu'il doit faire faire des scénarios de places à construire ou à réaménager. Et il a beaucoup attaqué le gouvernement précédent, alors qu'on investissait en moyenne, dans la rénovation des CHSLD, 109 millions de dollars par année, 109 millions de dollars par année à chaque année simplement pour restaurer les soins de longue durée. Il nous a beaucoup reproché d'avoir fermé des lits et il sait pourtant que cette restauration était nécessaire et ces investissements-là le sont tout autant. Je souhaiterais juste qu'il en fasse à la même hauteur, au même niveau que ce que le gouvernement précédent a fait, il parle de 35 millions l'an passé.

Honnêtement, M. le Président, là, c'était pour parer au plus pressé, compte tenu des visites qui s'étaient faites, là, dans les CHSLD. Mais la rénovation des dernières années a été 109 millions par année, systématiquement. Là, ce que je constate, c'est qu'on ne sait pas, on n'a aucun chiffre pour le budget. Les deux premières années, on sait qu'il n'y a rien eu, mais, pour la troisième année budgétaire, on ne sait pas combien il y aura. Alors, je crois que, si le ministre veut être transparent, il faut qu'il nous dise maintenant quel est le montant qu'il entend investir pour consolider l'offre de places en longue durée pour des personnes âgées en perte d'autonomie, d'une part. Et, d'autre part, je constatais, à la lecture du tome II, tard dans la soirée, puisqu'on ne l'a eu qu'hier matin... je constate qu'en ce qui concerne les argents neufs pour le maintien à domicile, l'hébergement de longue durée et les services en santé mentale ce sera 39 millions de moins cette année que l'an passé. Il y aura donc 39 millions de dollars de moins, hébergement de longue durée, services en santé mentale et maintien à domicile.

● (10 heures) ●

Alors, vous savez, M. le Président, il n'y a pas de miracle. Lorsque le ministre se fait octroyer 420 millions de dollars de moins que le budget de 2003-2004 et 183 milliards de moins que l'an passé, bien il y a quelques services de moins. Il n'est pas encore capable de transformer l'eau en vin. Alors, je veux bien croire qu'il fait de la prestidigitation, mais il y a: soins médicaux de première ligne, 25 millions de moins; maintien à domicile, hébergement de longue durée, services en santé mentale, 39 millions de dollars de moins; services en déficience physique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement, 26 millions de moins; lutte au cancer, 10 millions de dollars de moins. Et puis il nous fait des discours à l'effet qu'il y a une progression assez fulgurante, là, de nos concitoyens atteints du cancer, puis il y a 10 millions de dollars de moins dans les mesures de lutte au cancer.

Listes d'attente en chirurgie

Parlons, M. le Président, des listes d'attente, là, dans les chirurgies. Il y a deux ans, le ministre a dit: Je me donne deux ans pour régler ça. Ce deux ans est fini au mois de mai cette année, puis je vois qu'il n'y a pas d'argent neuf pour réduire les listes d'attente alors qu'il y

en a 43 000 de nos concitoyens hors délai médicalement acceptable. Alors, au bout du compte, là, c'est un peu plus de 100 millions de moins dans ce qu'on appelle les initiatives santé et services sociaux, qui essentiellement sont des initiatives populationnelles, des initiatives de proximité, là, qu'on appelle les initiatives de première ligne. Et puis ça, bien je ne parle pas des mesures pour réduire les listes d'attente, là, dans les chirurgies. Il y a eu un premier 60 millions, puis rien de plus. Les mesures pour contrer...

Ah! c'est déjà terminé. Bien, alors, M. le Président, je pense que, là, le ministre va devoir s'expliquer là-dessus le prochain 20 minutes. C'est ça?

Le Président (M. Copeman): Très bien. Je crois que transformer...

Mme Harel: L'eau en vin.

Le Président (M. Copeman): ...l'eau en vin est plutôt une transmutation, transmutation, pas nécessairement une prestidigitation.

M. Couillard: ...M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Oui, je sais. Bien, c'est ça, oui.

M. Couillard: La pierre philosophale, là.

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Très bien, merci. Alors, à ma droite, Mme la députée de Nelligan.

Services préhospitaliers d'urgence

Mme James: Merci, M. le Président, pour cette précision. Bonjour. À mon tour, je souhaitais d'entrée de jeu saluer le ministre et le féliciter, féliciter pour non seulement la qualité de ses réponses, mais aussi pour les choix budgétaires. Lorsqu'on constate que c'est 42 %, M. le Président, du budget qui est attribué à la santé, on voit non seulement que c'est des investissements importants, mais les choix que le ministre a faits dans l'organisation du système de santé, on peut voir à quel point il priorise le rapprochement des services aux citoyens. On m'en parle dans mon comté, et je souhaitais d'entrée de jeu le féliciter.

Et j'aimerais aborder avec lui, M. le Président, la question du système préhospitalier. Mon prédécesseur, Russell Williams, à l'occasion a eu la chance de s'entretenir avec le ministre, parce qu'on sait que, pour ce gouvernement, il y a question de s'assurer qu'on a un service de réponse adéquat, important pour les patients au Québec. Alors, la question pour le ministre serait de savoir s'il pouvait nous indiquer où est-ce que... les avancées qu'il y a eu dans cette dernière année et ce qui s'en vient pour 2005-2006 dans les services préhospitaliers.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Effectivement, la députée de Nelligan souligne avec justesse la contribution de son prédécesseur, M. Russell Williams, à ce dossier puis elle prend la relève également de façon

brillante, parce que, dans l'Ouest-de-l'Île, il y a également une préoccupation, hein, pour la réponse pour les soins préhospitaliers, et c'est quelque chose qui nous préoccupe.

Alors, effectivement, on est dans le contexte de tous les événements qui se sont produits chez Urgences-santé, qu'il faut diviser en deux sections. Il y a, d'une part, la qualité administrative de la gestion d'Urgences-santé qui a fait l'objet d'une inspection, pour laquelle des correctifs sont nécessaires. D'ailleurs, il y a un nouvel administrateur, un P.D.G. intérimaire, M. Gagnon, que j'ai eu le plaisir de rencontrer il y a quelques jours, et je peux vous dire que déjà les correctifs administratifs sont en place et qu'il y a une nouvelle impulsion qui est donnée à la gestion de cette importante organisation.

L'autre question, c'était la question de la valeur des soins avancés au Québec, les soins préhospitaliers avancés, raison pour laquelle on se souvient qu'on a adopté l'attitude dès le début, qui est l'attitude correcte, de dire qu'au Québec on ne fera pas de ce que j'appellerais le copier-coller historique. Ce n'est pas parce que tout le monde fait quelque chose que nécessairement c'est bon puis que nécessairement ça s'adapte au système de santé québécois. Alors, on a donc demandé à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de nous donner une évaluation de ce secteur des soins avancés. Les recommandations de ce rapport ont été très bien reçues et toutes acceptées par le ministère de la Santé et Services sociaux, notamment le développement progressif des soins avancés, et là, c'est important de le dire, selon les données probantes de la littérature, puisque, par exemple, il y a des secteurs comme la traumatologie ou la pédiatrie, les enfants, où les soins avancés non seulement n'ont pas d'effet bénéfique, mais pourraient même avoir des effets négatifs sur l'évolution et la survie des patients. Donc, nous voulons que les projets pilotes qui vont commencer à Montréal utilisent ce concept de soins avancés en excluant la pédiatrie et la traumatologie et en utilisant les 18 paramédics qui ont reçu la formation au collège ontarien dont il a été question.

Il y a également en cours des travaux d'un comité interdisciplinaire auxquels participent les représentants des techniciens ambulanciers sur cette question, là, des soins avancés, le niveau qu'il faut obtenir au Québec selon les endroits, les régions et les situations. Nous souhaitons également professionnaliser le métier de technicien ambulancier ou de paramédic — appelons-le comme on le veut — en augmentant la formation. Actuellement, ces personnes sont formées à l'aide d'une certification d'études collégiales, mais nous voulons l'augmenter jusqu'à un véritable diplôme d'études collégiales, qui nécessite environ 300 heures de formation supplémentaire, et les conversations sont en cours actuellement avec le ministère de l'Éducation, Sport et Loisir afin que, nous l'espérons, le programme de D.E.C., diplôme d'études collégiales, puisse commencer en septembre 2006. Et tous les efforts sont déployés dans ce sens-là pour atteindre, au moyen de cette formation de base, qui sera la formation de base pour tous les nouveaux techniciens ambulanciers du Québec, le niveau qu'on appelle le paramédic de soins primaires plus. Parce qu'il faut savoir qu'il y a déjà des gestes que nos paramédics techniciens ambulanciers posent qui ne sont pas posés ailleurs, alors c'est pour ça qu'il faut se garder de jugements globaux et rapides sur cette question.

Je me permets de faire un à-côté parce qu'il va y avoir une activité de l'Assemblée nationale bientôt à laquelle je souhaite que l'ensemble des collègues assistent. On sait que la meilleure façon d'améliorer les taux de survie lors d'un arrêt cardiaque pour la population, ce n'est pas les soins avancés. Les soins avancés n'ont pas d'impact sur la survie lors d'un arrêt cardiaque, ils ont plutôt des impacts sur les douleurs thoraciques d'origine cardiaque ou l'insuffisance respiratoire. Mais, dans le cas d'un arrêt cardiaque, il est excessivement important de pouvoir compter, dans une immédiate proximité et rapidement, sur une personne, un citoyen ou une citoyenne qui a eu une formation en réanimation cardiorespiratoire, et c'est vraiment important d'aller dans cette direction. D'ailleurs, le 2 juin — je me permets d'en faire la publicité afin que l'ensemble des collègues y soient si possible — il y aura une session de formation pour les députés des trois formations politiques pour la réanimation cardiorespiratoire, organisée par la Fondation ACT. Alors, j'espère vous voir, tous et toutes, en grand nombre pour qu'on puisse peut-être sauver la vie de quelqu'un avec quelques minutes de formation, là, lors de cette journée.

Également, cette question de l'intervention rapide sur les lieux nous amène à la question des premiers répondants. Je dois vous dire là-dessus qu'une entente est très prochaine avec la ville de Montréal pour le déploiement d'un service de premiers répondants sur toute l'île de Montréal et que par la suite on pourra envisager la possibilité de conclure des ententes semblables avec d'autres territoires. Ceci est très prometteur.

Et enfin nous voulons faire une révision du système de transport aérien pour offrir des meilleurs services et des services plus efficaces pour une variété de clientèles, incluant le transport hélicoptère, transport aéroporté, tout ceci est en cours d'examen. Donc, une vision beaucoup plus globale de la situation des soins ou des services préhospitaliers d'urgence et encore une fois une vision qui doit absolument être cohérente avec le développement du système de santé, les modes d'organisation, et non pas évoluer en parallèle. Alors, c'est le menu que nous avons devant nous pour les prochains mois dans le domaine des services préhospitaliers.

Politique du médicament

Mme James: Merci. M. le Président, j'aimerais poser une question au ministre par rapport aux politiques du médicament. Vous savez, M. le Président, dans le beau comté de Nelligan, nous avons une industrie pharmaceutique très importante aussi et nous avons... La commission a commencé, il y a quelques semaines, une consultation sur la politique du médicament, et, jusqu'à maintenant, M. le Président, on a tous pu constater qu'il y a eu certains groupes qui ont contesté l'axe du maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec. Alors, la question que j'aurais à poser au ministre, M. le Président, c'est de voir comment justifie-t-il un tel projet... de justifier la place des fabricants dans un projet de la politique du médicament.

M. Couillard: Ah! effectivement, nous sommes convaincus et je suis personnellement convaincu qu'il y a nécessité d'inclure ce volet à une proposition de politique du médicament, puisqu'on ne peut dissocier les pratiques

de l'industrie et la relation entre l'industrie et le gouvernement de toute la question beaucoup plus vaste des médicaments. Il faut rappeler que les trois autres axes sont l'accessibilité aux médicaments, la fixation d'un prix juste et équitable et également, chose très importante, l'utilisation optimale des médicaments.

• (10 h 10) •

Nous bénéficions, au Québec, de la présence d'une industrie pharmaceutique d'innovation établie et concentrée à Montréal, et on nous disait, au cours de la commission parlementaire, que Montréal occupe une place de leadership international dans le domaine de l'industrie biopharmaceutique, particulièrement étant donné la présence chez nous de nombreuses compagnies innovantes ou fabricants de médicaments à brevet. Nous avons également une industrie générique, il faut le mentionner également, parce que, là également, il y a des emplois, mais le gros du développement de l'industrie pharmaceutique à Montréal s'est fait du côté de l'industrie de l'innovation. Il y a plus de 20 000 emplois qui sont associés à ce secteur d'activité, des retombées économiques de centaines de millions de dollars.

Et tout ça vise à mettre en évidence le principe qui est historiquement celui du Parti libéral du Québec depuis bientôt plusieurs années, c'est qu'on ne peut pas dissocier la redistribution de la richesse de la création de la richesse. Et c'est tout à fait artificiel de ne prendre qu'un des aspects de cette question. Si on n'a pas de prospérité collective, si on n'a pas de richesse collective à redistribuer, il n'y en aura pas, de programmes sociaux. Et les gens qui s'opposent à des mesures comme celle de soutien d'une industrie de haut niveau chez nous, aux retombées économiques qui en découlent, en fait sapent les fondements mêmes des programmes sociaux qu'ils prétendent défendre. Alors, on a eu des recommandations de supprimer la règle des 15 ans, que le Parti québécois d'ailleurs, en neuf ans, n'a pas fait, d'utiliser le prix de référence, d'utiliser toutes sortes de méthodes qui risqueraient fort d'amener un départ de l'industrie pharmaceutique du Québec, c'est-à-dire une industrie très mobile. Les compétiteurs sont nombreux pour les accueillir, et il faut absolument qu'on les garde chez nous.

Maintenant, si d'autres groupes veulent se présenter devant l'électorat en proposant d'annuler ces avantages et de courir le risque de voir l'industrie s'établir ailleurs, l'industrie pharmaceutique du Québec s'établir ailleurs, bien, parfait, qu'ils le fassent, et l'électorat jugera. Mais nous sommes très ouverts et très directs dans cette position, la prospérité, ça se crée avant de se redistribuer, et notamment dans les industries de pointe qui sont ouvertes au Québec. On a vu l'aéronautique récemment avec l'annonce de Bombardier. L'industrie des technologies de l'information est une autre industrie, au Québec, qui est vivante et qu'on veut préserver, et tout le secteur biopharmaceutique — ça inclut les biotechnologies, ça inclut des alliances avec les universités — qui est d'une importance stratégique majeure pour le Québec et les Québécois. Et c'est donc pour cette raison qu'on ne peut la dissocier. On ne peut pas gérer en silo le développement économique et la politique du médicament, il faut que les deux soient intégrés. Et en fait c'est un signe de progrès majeur et de maturité, au Québec, qu'on ait réussi à combiner les deux éléments dans une politique du médicament.

Mme James: Une dernière question, M. le Président.

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

Mme James: M. le Président, on sait que ça a été en 1997, je crois, que le régime d'assurance médicaments a été mis en place sans qu'il y ait une politique d'annoncée. Malgré que ça a été annoncé par le gouvernement précédent, ça n'a jamais été initié. Puis, quand on regarde le poste budgétaire des médicaments et que c'est celui qui présente la plus forte croissance de coûts annuels depuis quelques années, et que c'est une tendance qui va se maintenir étant donné que la population vieillit, puis il y a l'arrivée des nouveaux médicaments sur le marché, et l'augmentation bien sûr du nombre d'ordonnances et du coût moyen par ordonnance, je me demande, M. le Président, comment le ministre envisage agir dans une telle conjoncture.

M. Couillard: Pardon? Pourriez-vous répéter la fin de votre question?

Mme James: Je me demandais comment vous envisagez d'agir dans une telle conjoncture.

M. Couillard: Bien, il faut d'abord déposer la politique du médicament, et c'est ce qu'on a fait. Effectivement, à notre arrivée, on a retourné tous les tiroirs, on les a secoués, tout ça, puis on n'a pas trouvé même de document introduisant cette question de la politique du médicament. Parce que c'est certain que c'est compliqué, hein, et puis ça prend un peu de détermination parce qu'il y a toutes sortes de groupes d'intérêts, dont l'industrie, dont les professionnels de la santé, dont d'autres groupes également de la société, qui ont des opinions parfois très conflictuelles sur la question. Et ça revient à mon principe d'hier, hein? La tendance est de toujours de laisser les choses comme elles sont parce que ça prend un effort pour induire un changement puis un changement d'approche.

Alors, ce qu'on veut faire maintenant donc, c'est terminer nos consultations en commission parlementaire sur la politique du médicament, produire par la suite le document qui sera la politique du médicament du gouvernement du Québec, pas uniquement celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais de tout le gouvernement du Québec, et par la suite procéder aux changements législatifs, administratifs, réglementaires qui seront nécessaires suite au dépôt de ce projet de politique. Alors, il y aura soit des changements de législation à faire, soit des changements de règlements ou des nouveaux règlements à introduire, soit des changements de modalités administratives, puis on les mettra en place le plus rapidement possible après le dépôt de la politique.

On a bien sûr fait un premier pas. C'est un premier pas vers le soulagement des gens les plus démunis de notre société avec la gratuité pour les personnes âgées recevant le maximum du supplément de revenu garanti. C'est mieux qu'avoir introduit les contributions pour ces personnes, comme nos prédécesseurs l'ont fait. C'est un début, il faudra aller plus loin et le faire en générant des gains d'efficacité et des marges de manoeuvre qui nous permettent de le faire sans taxer les autres participants au

régime. Il ne faut pas oublier que c'est un régime d'assurance, qu'il y a une partie d'assistance mais que c'est un régime d'assurance, donc dont l'évolution doit suivre les coûts comme dans tout régime d'assurance.

On y a bien sûr greffé une partie d'assistance pour les personnes les plus démunies, et c'est bien parce qu'il y avait plusieurs personnes qui n'étaient pas couvertes auparavant au Québec. Et d'ailleurs c'est bien d'avoir fait un régime général d'assurance médicaments et d'avoir rajouté la couverture pour 1,5 million de personnes qui n'étaient pas couvertes, mais il aurait fallu le faire avec la politique du médicament dès le début. On aurait été en mesure de contrôler ce secteur et d'établir des politiques beaucoup plus précocement que ce qu'on est obligé de faire maintenant, maintenant huit ans après le début du régime.

Mme James: Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci. Est-ce que ça va? Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Sur le même sujet, on comprend que c'est un projet de politique en fait qu'on pourrait appeler aussi un livre vert, en fait, puisque, dans le langage gouvernemental, un livre vert, ça introduit des scénarios où les choix sont ouverts, il y a encore des possibilités de choix. Et, sur beaucoup de sujets, les choix ne sont pas faits en fait dans le document qui est l'objet de la consultation actuelle sur la politique du médicament.

Alors, j'aimerais entendre le ministre sur la question du prix de référence. Il y a diverses informations qui circulent à l'effet que le Conseil du trésor demanderait au ministre de la Santé d'introduire dans sa politique du médicament le prix de référence le plus bas, en fait. Alors, est-ce que cela est écarté? Parce que, dans le document qu'il a distribué pour consultation, ce prix de référence n'est pas retenu comme une hypothèse par le ministre.

M. Couillard: Bien, ça fait partie de la consultation, M. le Président. C'est une proposition de ne pas utiliser cette méthode. On verra quel accueil elle reçoit dans les consultations qu'on va terminer puis, par la suite, on fera nous-mêmes notre choix de maintenir cette proposition ou de la modifier.

Il faut cependant bien expliquer ce qu'est le prix de référence aux citoyens et aux citoyennes qui nous écoutent pour qu'ils aient une compréhension de la question. Il s'agit de choisir, pour une classe de médicaments d'innovation, quatre ou cinq médicaments qui ont la même valeur thérapeutique, telle qu'évaluée par un organisme tel que le Conseil du médicament, qui peuvent avoir des prix différents et de ne payer, de ne rembourser que le prix le plus bas, laissant au citoyen ou à la citoyenne la responsabilité, si elle désire ou si son médecin désire prescrire quand même le médicament plus cher, donc laisser la responsabilité de payer la différence, ceci n'étant pas comptabilisé dans le calcul de la contribution maximale — c'est très important que les gens réalisent ça — donc ça nécessite des contributions au comptoir si le médecin insiste pour qu'un médicament plutôt qu'un autre soit prescrit au patient.

Je ne suis pas certain de la réaction de notre population à une mesure semblable, on pourra en discuter au

cours de la commission parlementaire, parce qu'il y a toutes sortes de questions qui se posent: Qu'arrive-t-il s'il y a une intolérance à un médicament ou à un autre et qu'il faut justifier de changer? On va encore plus alourdir le processus qu'il ne l'est actuellement. Qu'arrive-t-il si le médecin insiste pour que ce ne soit pas le médicament le moins cher qui soit prescrit au patient? Et, là, il y a la relation de confiance entre le médecin puis le patient qui est importante. Alors, toutes ces questions doivent être considérées. Moi, je ne suis pas convaincu encore que cette méthode apporte les bénéfices escomptés et surtout qu'elle va satisfaire la population, parce que, lorsque les gens iront au comptoir, ils auront à acquitter le coût de la différence et que ce ne sera pas comptabilisé dans la contribution maximale du régime général d'assurance médicaments. Il faut être très prudents.

Il y a peut-être moyen de l'envisager pour certaines classes de médicaments. Je lisais récemment, dans une publication britannique, je crois, une étude sur les statines, les médicaments qui servent à baisser le cholestérol sanguin, où une étude concluait que quatre médicaments différents avaient en fait exactement le même impact ou le même effet biologique. Alors, il faut s'assurer, si on le fait, d'abord de le faire avec prudence puis de le faire dans une classe de médicaments où le niveau de preuve scientifique est très solide quant à l'équivalence thérapeutique. Et ce n'est pas facile d'avoir ce niveau de preuve scientifique là parce qu'il y a toujours un petit avantage, une formule par rapport à une autre pour certaines catégories de patients, puis le médecin peut fort bien décider que cette personne-là qui est devant lui ou devant elle est de cette catégorie et doit absolument avoir l'autre médicament.

● (10 h 20) ●

Mme Harel: M. le Président, je m'interroge sur le fait que, dans la réponse du ministre, le ministre laisse entendre que les médicaments génériques n'auraient pas la même équivalence thérapeutique. Parce que les propriétaires pharmaciens, hein, ont plaidé qu'ils pouvaient continuer de recevoir des avantages, ristournes et autres cadeaux des industries, puisque ça ne modifiait pas leur prescription, ça ne modifiait pas, si vous voulez, la réalisation de la prescription étant donné que la prescription était faite par le médecin, d'une part, mais que, d'autre part, ce sont les mêmes molécules que l'on retrouve dans le générique et dans les médicaments d'origine. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

M. Couillard: Bien, M. le Président, c'est qu'il ne faut pas confondre la question des médicaments génériques puis la question du prix de référence. La question du prix de référence est un concept qui s'applique à une même classe de médicaments brevetés. Dès qu'un générique est sur la liste, après l'expiration du brevet, là il devient assujéti au prix le plus bas, et c'est en général le médicament qui est utilisé.

Mme Harel: N'est-il pas supposé, le médicament générique, contenir les mêmes molécules que le médicament d'origine?

M. Couillard: Oui.

Mme Harel: Donc, a l'équivalence complète?

M. Couillard: Oui, c'est la même formule. D'ailleurs, le mode de recherche... On nous a dit que les compagnies génériques faisaient également de la recherche, et leur recherche porte essentiellement sur cette question, certifier l'identité moléculaire du produit, son comportement biologique semblable que le produit d'origine, etc. Donc, il s'agit effectivement de la même chose. D'ailleurs, ce n'est pas rare de voir le pharmacien, à moins qu'il y ait un avis contraire du médecin, de suggérer à la personne qui se présente au comptoir un générique au lieu du médicament qui est prescrit.

Mme Harel: Donc, à ce moment-là, c'est les mêmes molécules qu'on retrouve dans le générique comme dans le médicament d'origine.

M. Couillard: Après l'expiration du brevet.

Mme Harel: Le prix de référence étant simplement celui déterminé pour une même molécule, mais moins cher.

M. Couillard: Non. Non, le prix de référence, c'est un concept qui n'est utilisé que pour les médicaments d'innovation, les médicaments brevetés avant qu'un générique soit disponible. Alors, par exemple, la Colombie-Britannique l'a fait pour quatre classes de médicaments, je pense, les médicaments pour le reflux gastrique, sauf erreur, également peut-être les hypertensifs — il faudrait que je vérifie les classes — mais les statines pour le cholestérol, les anti-inflammatoires.

Mais il faut être très prudent, hein? Parce que d'abord est-ce qu'on arrive vraiment aux effets escomptés en termes d'économie, compte tenu de l'alourdissement du processus? Et, deuxièmement, est-ce qu'on mine la relation de confiance médecin-patient? Est-ce qu'on s'introduit dans cette relation-là? Et, troisièmement, quel est l'impact financier sur les personnes? Et c'est des questions qui doivent être étudiées. Moi, j'ai hâte de voir, il va y avoir plusieurs groupes qui vont se présenter devant nous, en commission, moi, c'est une question que je voudrais aborder, compte tenu des expériences internationales, quels sont les bénéfices réels, quels sont les effets potentiellement négatifs de cette politique. Mais il faut bien comprendre — et j'espère que j'ai été clair, je sais que c'est parfois compliqué un peu, cette question-là — mais la question du prix de référence, ça n'a pas de lien avec les génériques. La question du prix de référence, c'est pour des médicaments brevetés avant l'introduction d'un générique.

L'autre question, celle des génériques, bien sûr ils sont introduits lorsque le brevet vient à échéance. Et là le produit est soumis à la règle du prix le plus bas, donc nécessairement on paie le générique. Et, là, on sait que les génériques sont plus utilisés qu'avant au Québec mais moins qu'ailleurs au Canada, entre autres parce que notre durée de protection des brevets est un peu plus longue.

Mme Harel: Alors, merci. M. le Président, aujourd'hui même, dans le journal *Le Devoir*, on retrouve l'appréhension exprimée par la Coalition Solidarité Santé à l'égard d'une forte hausse de l'assurance médicaments. J'avais d'ailleurs l'intention de poser la question au ministre compte tenu de l'engagement du Parti libéral en campagne électorale, il y a deux ans, de limiter le niveau de hausse

à celui du coût de la vie, alors que l'on sait que, contrairement à cet engagement, les primes ont augmenté de 9 % en 2003, de 7,4 % en 2004, alors qu'on se rappelle que l'opposition libérale avait fortement pris l'engagement de faire évoluer les primes à la hausse du coût de la vie qui est de 2,9 %. Alors, peut-il s'engager à ce qu'à l'occasion de cette troisième année budgétaire les primes soient à la hauteur de l'engagement libéral, c'est-à-dire autour d'une hausse du coût de la vie évaluée à 2,9 %?

M. Couillard: Moi, je n'ai aucune difficulté, M. le Président, à dire à la population qu'on applique nos engagements en tenant compte de la réalité économique, de la réalité financière du gouvernement, incluant celui de l'assurance médicaments. On a fait un premier pas avec la gratuité pour les personnes âgées recevant le maximum de supplément de revenu garanti. Et bien sûr les calculs ne sont pas terminés, mais on sait que c'est le conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, d'ici le 1er juillet, doit nous formuler des recommandations pour l'ajustement des paramètres, ajustement qui est, il faut le rappeler, rendu obligatoire par la Loi sur l'assurance médicaments. Donc, ceci ne peut pas être contourné, et les modalités d'ajustement également ne sont pas flexibles. Il s'agit de modalités qui sont prescrites de façon très formelle dans la loi quant au rapport entre le coût du régime et l'ajustement des paramètres.

Ce que, je crois, cependant nous pouvons envisager, j'avais indiqué, il y a deux ans, qu'on espérait diminuer l'augmentation du coût dans la région de... inférieure à 10 %. On voit que, cette année, c'est le cas, c'est autour de 9 %. Et je pense qu'il y a plusieurs facteurs qui expliquent cette diminution d'augmentation, si je peux m'exprimer ainsi, entre autres la gestion serrée puis l'action du Conseil du médicament, une meilleure utilisation probablement des médicaments, certaines préoccupations publiques pour certaines classes de médicaments comme les anti-inflammatoires récemment ou la question de l'utilisation des antibiotiques en rapport avec les infections nosocomiales. Toutes ces questions ont un impact à la baisse sur les coûts, et il faut s'en féliciter.

Je crois également qu'on peut entrevoir que l'augmentation qui sera décrétée en juillet pour les primes va être basse par rapport à celles qui ont eu lieu au cours des huit années précédentes.

Mme Harel: M. le Président, je rappelle au ministre qu'il est au gouvernement, qu'il est en son pouvoir de modifier les modalités prescrites dans la Loi sur l'assurance médicaments, d'autant plus que son parti s'y était engagé lorsqu'il était dans l'opposition. Alors, je comprends, par la réponse qu'il nous donne, qu'il s'agit d'un autre engagement, là, qui est renié, qui est abandonné. Je rappelle que, dans la plateforme santé du Parti libéral, l'engagement était à l'effet de limiter la hausse des primes à la hausse du coût de la vie. Alors, le ministre n'annonce rien en ce sens-là durant le présent mandat.

Bon. Il rappelle le 10 % de l'engagement qui sera réalisé en juillet, puisque les personnes âgées qui reçoivent le maximum du soutien de revenu garanti ne constituent que 10 % des personnes âgées qui... c'est-à-dire 46 000, autour de 46 000 de celles qui reçoivent le supplément de revenu garanti, c'est-à-dire autour de 450 000. Donc, il y a 10 % d'un engagement qui est réalisé puis il en reste

encore 90 %. Et d'autre part il y a l'engagement de ne pas hausser les primes au coût de la vie qui ne semble pas être dans les prévisions d'avenir ni pour cette année ni pour les prochaines années.

M. Couillard: C'est pour ça qu'il nous reste encore trois ans dans le mandat, M. le Président. Donc, il y a encore du temps de progresser dans la réalisation de nos engagements. Et, cette année, on verra l'augmentation des primes et des contributions lorsqu'elle sera annoncée par la Régie de l'assurance maladie du Québec en juin, pour le 1er juillet.

Mme Harel: Alors, le ministre maintient donc cet objectif d'une augmentation de primes qui ne dépasse pas la hausse du coût de la vie?

M. Couillard: Non. J'ai expliqué à plusieurs reprises puis je le dis de façon très ouverte que tout engagement politique doit toujours être vu dans son application puis compte tenu de la situation politique, de la situation financière, de la situation économique d'un gouvernement. C'est un processus normal, un processus qui est sain, avec lequel je n'ai aucune difficulté non seulement de l'assumer, mais de le dire à mes concitoyens et mes concitoyennes. On verra ce qu'il est possible de faire en juillet pour minimiser l'impact des hausses de primes et de contributions.

Et déjà je crois qu'il y a du chemin important qui a été accompli parce qu'on passe de niveaux d'augmentation de 20 % du régime à un niveau d'augmentation de 9 %. On va dire que c'est encore beaucoup, mais c'est mieux que c'était. Et, dans l'établissement des primes, il faut rappeler également une autre réalité historique qui est importante, c'est que, la première année où le régime a été introduit, la prime a été fixée à un niveau, et là je ne prête pas d'intention à personne, mais à un niveau qui était connu comme étant inférieur aux coûts réels dans le but de faire mieux passer le régime, etc., probablement — je ne le sais pas, je fais des hypothèses seulement — de sorte que la prime initiale de 175 \$ n'avait aucun rapport avec le coût réel du régime, et ça a été rapidement apparent, ce qui a nécessité de fortes augmentations par la suite pour rattraper le niveau de coûts réel du régime d'assurance médicaments.

Moi, je crois qu'on peut escompter encore une fois, cette année, M. le Président, qu'on va encore une fois protéger les grands consommateurs de médicaments que sont surtout les personnes âgées, entre autres, et les gens qui doivent prendre des médicaments de façon répétée et chronique, et que le niveau d'augmentation de la prime sera parmi les plus bas de l'histoire du régime général d'assurance médicaments, sinon le plus bas. On verra lorsqu'il sera annoncé.

● (10 h 30) ●

Mme Harel: Je rappelle, M. le Président, que, le 7 avril 2003, à exactement sept jours de l'élection, l'actuel premier ministre, alors chef du Parti libéral, écrivait à plusieurs organismes luttant contre la pauvreté — je le cite: «Nos engagements prévoient l'adoption de mesures urgentes, dont la gratuité des médicaments pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu et les personnes assistées sociales.» Alors, je comprends, M. le Président, que cette mesure urgente pour le premier ministre ne l'est plus pour le ministre.

M. Couillard: Bien, ce qui est devenu urgent, à notre arrivée au gouvernement, M. le Président, c'est de réparer les désastres économiques et financiers du gouvernement précédent, et notamment l'impasse, que M. Breton a fort bien démontrée, de plus de 4 milliards de dollars, les pertes de 700 millions à la SGF, les pertes de milliards de dollars à la société de dépôt, le métro de Laval qui coûtait le double de ce qui était prévu initialement parce que, comme prévu initialement, il sortait dans le fond de la rivière des Prairies, la Gaspésia dont on a vu le rapport récemment. Alors, toutes ces questions-là changent le contexte économique d'un gouvernement. Elles sont très connues de la population, et moi, j'ai bien confiance dans le jugement de la population. D'ailleurs, ce jugement sera posé au prochain rendez-vous électoral, et on verra les actions posées par le gouvernement, on verra les comparaisons avec les engagements effectivement et le nombre d'engagements qui auront été tenus, et la population jugera. Moi, je n'ai aucune crainte du jugement de l'électorat à ce moment-là. D'ailleurs, je serais déjà fier de me présenter devant l'électorat avec ce qu'on a accompli en santé depuis le début de notre mandat.

Mme Harel: M. le Président, le ministre parle du rapport Breton. Je lui rappelle qu'appliquer le rapport Breton au budget du ministre des Finances, cette année, donne un écart de 6 milliards. J'espère qu'il a eu l'occasion de prendre connaissance de cette application concrète du rapport Breton. Ça doit l'inquiéter. En fait, l'évaluation des risques budgétaires... Excusez-moi, 4,6 milliards constituent l'évaluation des risques budgétaires du budget du ministre des Finances cette année, en appliquant les mêmes règles utilisées par le comité du rapport Breton. Et on retrouve, toujours dans cette application des règles, les déficits autorisés, des hôpitaux notamment, hors du périmètre comptable.

Alors, si le ministre invoque le rapport Breton d'il y a deux ans, bien il va devoir assumer le rapport Breton de cette année, qui, appliqué... Je voudrais le déposer, M. le Président, avec votre consentement. Il s'agit de l'évaluation des risques budgétaires du budget du ministre des Finances pour la présente année en appliquant les mêmes règles utilisées par le comité du rapport Breton. Un trou de 4,7 milliards, 4,7 milliards, cette année.

M. Couillard: Donc, ce n'est pas le rapport Breton, là. M. Breton, que je sache, n'a pas fait d'autre rapport. Je ne me souviens pas, là.

Mme Harel: Écoutez, écoutez, c'est les mêmes règles que le rapport Breton. Alors, vous ne pouvez pas... Vous savez, le cheval blanc de Napoléon, là, il est blanc. Le rapport Breton appliqué il y a deux ans ou appliqué cette année, c'est le même rapport, c'est les mêmes règles.

Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec

Alors, je voudrais revenir, M. le Président, à la question du vieillissement et de la démographie. Le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est vu attribuer une responsabilité à l'égard de cette importante question. Nous avons demandé, par la voie d'accès à l'information,

il y a peut-être quelques semaines de cela, nous avons demandé d'obtenir le rapport préliminaire qui était prévu dans le calendrier de la suite du Forum des générations. Alors, nous avons reçu une réponse assez laconique de la personne responsable de l'accès à l'information du ministère nous disant qu'ils n'étaient pas au courant, qu'ils n'avaient pas ce document-là. Alors, où en est le ministre dans l'exercice de sa responsabilité à l'égard de ce suivi du Forum des générations?

M. Couillard: Alors, on sait bien, M. le Président, que, pour une bonne raison, nous ne voyons pas les demandes d'accès à l'information et nous ne savons pas comment elles sont traitées. Il ne faut pas qu'il en soit ainsi non plus. Mais on se souviendra que, suite au Forum des générations, il y avait essentiellement deux groupes de travail qui relevaient directement de ma responsabilité et d'autres qui étaient partiellement de ma responsabilité.

Ceux qui relevaient directement de ma responsabilité fonctionnent tous les deux très bien. Les conclusions devraient être données dans les échéanciers prévus. Il y avait d'une part le groupe sur la prévention et la promotion de la santé, qui est très actif, qui réunit de nombreux intervenants de tous les secteurs de la société et qui fait des progrès intéressants, et l'autre, qui est très important pour l'avenir du Québec et l'avenir de son système de santé, c'est un groupe, présidé par M. Jacques Ménard, qui étudie toute la question de la pérennité financière du système de santé et de services sociaux du Québec, c'est-à-dire l'écart entre la croissance attendue des dépenses et la croissance des revenus du gouvernement et de l'économie. Alors, ce groupe-là devrait également nous donner son rapport selon les échéanciers prévus. Dans les deux cas, les travaux progressent normalement.

Mme Harel: Alors, dans les échéanciers prévus, il était prévu un rapport préliminaire pour le mois de février 2005. Alors, je lis ici, Forum des générations, engagements à suivre — cela vient du cahier des crédits du ministère du Conseil exécutif — et cela indique: «Pour ce qui est de l'équipe intersectorielle multipartite pour explorer des pistes de solution concernant la pérennité du réseau de la santé et des services sociaux...» Multipartite. Alors, d'abord, la première question que je me suis posée, c'est: «Multipartite», ça veut dire habituellement «plusieurs partis». Je ne sais pas que nous ayons été invités à ce travail, là, au sein de l'équipe multipartite ni que l'ADQ l'ait été non plus. Et on prévoyait un échéancier, février 2005, puis l'échéancier revu, juin 2005 également. Alors, rapport préliminaire, février; rapport final, juin. Là, on nous parle de l'été 2005. Est-ce que ce sera pendant les vacances de la construction pour essayer de passer, inaperçu, un nouvel impôt aux Québécois?

M. Couillard: Tout d'abord, je vais faire vérifier dans le dictionnaire le terme «multipartite». Je ne suis pas certain qu'il se réfère directement à des partis politiques, mais à des parties ou des constituantes de la société. On pourra le vérifier à la lecture du dictionnaire.

Bien, le rapport, il va être connu selon les échéanciers, en juin, puis le niveau d'attention des citoyens, je suis certain, sera très élevé sur cette question. Et je suis certain également que, quel que soit le moment où il va être rendu public, les discussions sur son contenu vont

être très longues, et très intéressantes, et très intenses également parce que les positions risquent d'être assez fermement campées, dans plusieurs secteurs de la société, sur les recommandations qui seront formulées.

Et je veux ajouter que je ne sais pas du tout quelles seront ces recommandations. Volontairement, je me suis tenu très, très loin des travaux de ce comité-là. On aura fourni une aide technique avec des fonctionnaires du ministère, mais c'est tout. Moi, je n'ai pas voulu les influencer dans leurs choix, et c'est très bien qu'il en soit ainsi.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, c'est tout le temps qu'il nous reste.

Mme Harel: ...rappeler au ministre qu'il considérerait cette caisse santé comme un impôt déguisé.

Le Président (M. Copeman): Non, vous ne pouvez pas, il n'y a plus de temps pour rappeler cela. Je vais statuer immédiatement sur la demande de dépôt. Mme la députée, je ne dois malheureusement pas acquiescer, juste dans le sens... Parce que les décisions sont assez claires, de dépôt de document, il faut que ce soit dans l'intérêt public. Je constate qu'il l'est, mais les deux critères principaux, c'est l'authenticité et l'identification. Je ne doute pas de l'authenticité de votre document, mais il n'est nullement indiqué la source. Alors, vraiment, là, si vous souhaitez le déposer, je vous suggère de reprendre le document, indiquer les sources, et par la suite on procéderait au dépôt. Ça vous convient?

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça me fait plaisir. Est-ce que vous souhaitez intervenir à ce moment-ci, Mme la députée de Lotbinière?

Mme Roy: Oui.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Personnes obèses en attente d'une chirurgie bariatrique

Mme Roy: Merci, M. le Président. Je voudrais qu'on revienne sur les délais pour les attentes de chirurgie. Un groupe s'est adressé à moi par la voix d'une femme de 25 ans qui est venue me lancer son cri du coeur. C'est une jeune femme qui souffre d'obésité morbide, soit 100 livres de plus que son poids. Elle m'a expliqué, c'est assez... Les critères pour l'obésité morbide sont assez définis médicalement, et semblerait-il, M. le Président, que 3 % de la population, soit environ 200 000 personnes au Québec, souffrent de ce problème qui se règle la plupart du temps par une chirurgie bariatrique. Ce que j'en sais, c'est qu'actuellement les délais sont de trois à six ans pour obtenir cette chirurgie-là.

Et l'émission, en janvier 2005, l'émission d'*Enjeux*, à Radio-Canada, nous présentait ce problème. Souvent, les personnes qui ont des surpoids pondérants de cette ampleur ont aussi d'autres problèmes... ou ils nécessitent des visites chez un cardiologue, des pneumologues, des problèmes de genoux, de hanches, des problèmes de

diabète, plusieurs problèmes de santé connexes à cette obésité qui font que ça multiplie les demandes au niveau du système de santé.

● (10 h 40) ●

À l'Hôpital Laval, à Québec, en janvier 2005, on mentionnait que 1 000 personnes étaient sur la liste d'attente et que seulement 300 opérations se font par année, faute de budget. Je vous demanderais si vous aviez l'intention de donner un coup de barre et d'investir à ce niveau pour éviter aussi qu'on encombre d'autres secteurs de la chirurgie ou d'autres secteurs de la santé. Ces personnes atteintes d'obésité morbide n'ont pas choisi cet état, et je pense qu'en investissant à ce niveau-là on va régler plusieurs problèmes qui sont d'ordre de santé et d'ordre aussi... Parce que plusieurs d'entre elles ne peuvent travailler en raison de leur état, ils vont devenir plus productifs en ayant réglé ce problème-là.

M. Couillard: Bien, il faut aborder cette question avec prudence. D'abord, on a augmenté le nombre de chirurgies de ce type-là depuis notre arrivée au gouvernement, mais c'est certain que le nombre de chirurgies est toujours en deçà des besoins ou des listes d'attente. Mais il faut être très prudent non plus, puis je suis certain que ce n'est pas ça ce que voulait laisser transparaître la députée, de ne pas donner l'indication à notre population que la chirurgie est le traitement magique pour l'obésité, est universelle. Ce n'est pas le cas. Et une des choses essentielles, c'est de placer toute cette question de la chirurgie bariatrique — et c'est l'essence des travaux que nous faisons actuellement — dans le contexte d'une stratégie globale pour l'obésité et non pas focuser ou se concentrer... «focuser» n'est pas français, mais se concentrer de façon exclusive sur la chirurgie. On est d'accord pour augmenter d'ailleurs les budgets. Dans les indexations spécifiques des établissements, il y a possiblement pour eux de la marge pour augmenter le nombre de chirurgies.

Il faut rappeler également à notre population que ces chirurgies sont des chirurgies qui sont relativement complexes et qui sont associées à des taux de complication relativement élevés. Bien sûr, l'obésité elle-même est associée à des taux de complication élevés, mais je crois qu'il est essentiel, avant de développer de façon beaucoup plus large ce type de chirurgie là, de s'assurer qu'on lui a défini une place dans la problématique plus générale de l'obésité. C'est ce qu'on fait actuellement avec les gens de la Direction de santé publique, qu'on ait une approche globale de la question qui parte de la prévention, l'éducation, les habitudes de vie et éventuellement, dans les cas les plus résistants, la chirurgie.

Mais le nombre de chirurgies, il a été augmenté depuis deux ou trois ans. Il faut l'augmenter plus, on est d'accord. Il faut peut-être multiplier les centres ou... sans trop exagérer non plus, il ne faut pas trop diluer l'expertise, mais il faut peut-être avoir plus de centres de référence où on peut faire cette chirurgie-là, dans les autres facultés de médecine. Je pense que c'est un type de chirurgie qui devrait être concentré dans les établissements universitaires, compte tenu du degré de formation spécialisée que ça nécessite, des équipes multidisciplinaires qui sont nécessaires, du degré de complication possible potentiel des chirurgies, mais ça fait partie des choses dont il faut augmenter la quantité. Mais bien s'assurer de le placer dans un contexte global d'intervention et non pas dire que,

pour régler le problème d'obésité, on va augmenter le nombre de chirurgies pour l'obésité.

Mme Roy: Mais, si j'ai bien compris, les critères sont assez stricts au niveau de la chirurgie. Il faut un surpoids x, il faut un IMC x, il faut avoir envisagé d'autres solutions qui n'ont pas fonctionné, puis après ça on peut être sur la liste d'attente. C'est comme ça que ça fonctionne actuellement.

M. Couillard: Oui, c'est comme ça, mais, pour le ministère, avant de déterminer quelle est la cible de nombre de patients qu'on veut faire opérer au Québec chaque année, bien il faut encore une fois l'avoir placé dans un contexte beaucoup plus global, quelle est la place de cette chirurgie-là dans une stratégie de lutte contre l'obésité. On le fait, on va le faire et va continuer d'augmenter le nombre de ces chirurgies-là parmi toutes les autres priorités que le système de santé comporte.

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

Lutte contre le cancer

Mme Legault: Merci, M. le Président. M. le ministre, j'aimerais vous entretenir d'un sujet qui, je sais, vous préoccupe beaucoup, c'est celui de la lutte contre le cancer. Il y a quelques semaines, j'ai eu le privilège de vous représenter à un dîner-causerie qui était organisé par la Fondation québécoise du cancer. D'ailleurs, je dois vous dire que je me sens toujours privilégiée de vous représenter. Et donc, pendant ce dîner-causerie, on a entendu le témoignage de M. Saucier, qui est président du conseil d'administration d'une grande firme comptable québécoise, là, KPMG, Grant Thornton, et c'était un témoignage très émouvant. Tu sais, il nous racontait évidemment sa souffrance mais l'accompagnement de ses amis, qu'il avait eu de ses amis, de sa famille et tout. Et il a fini son allocution en disant: J'ai choisi comment je voulais écrire le mot «tumeur». Alors, manifestement, c'était t-u-m-e-u-r plutôt que t-u-m-e-u-r-s. Et ça, c'était très, très porteur, tu sais, ça a donné tout un coup.

Et ça m'amène en fait à poser la question relativement aux délais d'attente, parce que, dans le «tu meurs», t-u-m-e-u-r-s, il y a toute l'angoisse de l'attente, bon, du diagnostic, éventuellement du traitement qui s'ensuit. Et je sais, parce que, bon, à ce moment-là, j'avais des notes d'allocution qui étaient préparées par chez vous, qu'en 1999 il y avait plus de 600 patients au Québec qui étaient hors délai dans le traitement de leur cancer, qui étaient dans des délais donc de plus de huit semaines. Et on se rappelle que, dans les années passées, sous le précédent gouvernement, il y avait des patientes, je me souviens bien, qui étaient traitées aux États-Unis parce que les listes d'attente étaient embourbées. Il y a eu des progrès depuis ce temps. Est-ce que vous pouvez nous faire le point un peu sur où on en est maintenant dans la lutte contre le cancer au Québec? Merci.

M. Couillard: Bien, effectivement, M. le Président, la lutte contre le cancer, c'est un effort qui doit être prioritaire, un effort majeur, un effort qui regroupe plusieurs

secteurs du réseau de la santé, dont la radiothérapie à laquelle la députée de Chambly a fait allusion mais également d'autres interventions.

On a parlé tantôt des crédits de développement et on y reviendra probablement au cours des conversations. Je veux juste corriger un peu la façon dont ça a été présenté par notre consoeur d'Hochelaga-Maisonneuve, quand elle dit qu'il y a eu tant de moins pour ci, tant de moins pour ça. Je suis certain que ce n'est pas l'impression qu'elle voulait donner. Il n'y a personne qui a moins d'argent, c'est les développements qu'elle comparait. Et on peut être chanceux au Québec que, dans la santé, maintenant il y ait des développements.

Si je prends, par exemple, la lutte pour le cancer, puis j'ai l'historique pour tous les programmes, là, mais particulièrement pour le cancer, il y a eu 5 millions de dollars investis en 2001-2002; zéro en 2002-2003; nous, on a mis 10 millions en 2004-2005, c'est 10 millions récurrents. Et c'est ça, la différence, entre autres. Il y a d'autres secteurs où c'est encore plus marquant. À chaque fois qu'on abordera un secteur, je me ferai un plaisir de donner la comparaison parce que c'est très éclairant pour la population qui nous écoute. Mais le 10 millions est utilisé actuellement surtout pour consolider les équipes et introduire ce qu'on appelle les infirmières pivots, c'est-à-dire qu'il y a une infirmière par centre de santé et de services sociaux qui est responsable de coordonner tout le devenir et le cheminement des gens lorsqu'ils ont à faire face au diagnostic de cancer. C'est un diagnostic qui est dramatique. On se sent souvent très isolés lorsqu'on le reçoit et on a besoin de sentir que les gens s'activent autour de nous et nous prennent en charge.

En amont de ça, il y a toute la prévention, la prévention et le dépistage. Alors, pour la prévention, on sait que les habitudes de vie sont très liées à l'incidence de cancer, notamment le tabagisme, d'où l'importance de procéder, M. le Président, avec l'adoption du projet de loi n° 112 sur l'usage du tabac. Pour ce qui est du dépistage, évidemment le Programme de dépistage du cancer du sein au Québec existe depuis plusieurs années. Il a des résultats que je qualifierais de variés d'une région à l'autre. Dans la plupart des régions, il fonctionne très bien, le taux d'adhésion au programme est bon. On rejoint actuellement bien sûr moins que la cible, mais, en 2003-2004, on rejoignait 47,9 % des femmes globalement au Québec par rapport à 42 % en 1999-2000, mais on veut continuer à augmenter cette progression-là.

Ce qu'il faut noter, c'est que, dans la région de la métropole, c'est très bas: 34,8 %. Alors, là, c'est un problème qui a déjà été souligné à plusieurs reprises par différents intervenants et sur lequel on veut vraiment porter une attention particulière. Il y a des facteurs qui expliquent ça, dont le caractère multiculturel, multiethnique du Québec, la collaboration de différents types de ressources pour le programme de dépistage. Mais, moi, j'en fais un sujet d'intérêt très important. À Laval également. À Laval et à Montréal, le taux de réponse est trop bas. Il faut améliorer ces deux endroits dans le programme de dépistage.

Donc, dépistage, prévention, infirmières pivots. Dans également le traitement du cancer, plusieurs modalités sont disponibles. Il y a la chimiothérapie, il y a la radiothérapie puis il y a la chirurgie. La chimiothérapie, on le sait, est un endroit où il y a des découvertes très intéressantes qui sont faites actuellement, des découvertes qui

mettent de la pression financière importante sur les établissements. C'est pour cette raison que, nous, on accorde l'indexation spécifique, chaque année, aux établissements du réseau, de façon à les aider à faire face à l'augmentation des coûts de la chimiothérapie en établissement. Il y a des molécules nouvelles qui ont des résultats intéressants mais qui sont extrêmement coûteuses. Il faut aider les établissements à y avoir accès.

La radiothérapie, on va y venir en conclusion, mais auparavant, également dans le traitement, il y a la chirurgie. Et, pour la chirurgie, je dirais que les degrés d'attente pour la chirurgie d'oncologie, la chirurgie de cancer, se sont nettement améliorés. Il y a toujours du progrès encore à faire, mais ça s'est nettement amélioré dans ce domaine-là, et on veut justement isoler cette question-là dans nos calculs de liste d'attente. On veut essayer de trouver une façon de mieux évaluer la chirurgie oncologique.

Il y a également l'évaluation par la tomographie à émission de positons, ce qu'on appelle les TEP. C'est un abrégé qui maintenant est bien connu au Québec. On sait que le Québec est déjà la province qui est en avance au Canada par rapport à la disponibilité de cette technologie. On va très prochainement déposer un plan de déploiement supplémentaire pour les appareils déjà existants, l'ajout de nouveaux appareils au Québec, avec deux autres phases du plan de déploiement qui est à sa première partie.

● (10 h 50) ●

Maintenant, la question de la radio-oncologie, c'est effectivement très, très important, et on la suit de façon extrêmement serrée. Il y a actuellement en moyenne, en moyenne parce que ça varie, là — il faut être très prudent avec ces chiffres-là, puis je me garderais là-dessus de, comme on dit chez nous, trop nous pêter les bretelles parce que c'est un domaine qui est très, très fragile, et je ne crois pas qu'on est rendu au niveau où on devrait être rendu encore — en moyenne, en 2003-2004, il y avait 130 patients à peu près au Québec en attente de plus de huit semaines, on a baissé à 85 en moyenne actuellement, dans l'année en cours. Mais c'est 85 de trop, il faut aller beaucoup plus bas, et on veut continuer à faire nos efforts.

Et là-dessus il faut coordonner toutes les actions possibles, et c'est pour ça qu'il y a un plan d'action qui est en cours, à plusieurs volets, qui d'abord parle de l'augmentation de la formation des techniciens en radio-oncologie. Il y a une nouvelle cohorte de 50 technologues qui vont sortir en juin, ça va nous aider à améliorer les services; 57 spécialistes en radio-oncologie sont en formation également, le nombre d'appareils va être significativement augmenté, on parle d'une douzaine d'appareils de plus au Québec, au cours des prochains mois, qui vont être annoncés, dont le centre de la Montérégie. Il faut savoir que 40 % des patients du CHUM de la région montréalaise viennent souvent de la Montérégie et que, si on rendait la Montérégie autonome pour la radio-oncologie, on diminuerait fortement la pression sur la métropole et on pourrait accueillir plus de patients.

D'ici là, et on va annoncer rapidement à ce centre en Montérégie des appareils supplémentaires, d'ici là on tire partie de toutes les ressources existantes au Québec. On est convaincu qu'il est possible actuellement de traiter tous les patients à l'intérieur des délais, si on leur offre à chacun une solution québécoise. Il y a des centres de radio-oncologie au Québec qui n'ont pas de liste d'attente,

où il y a zéro patient sur la liste d'attente. Il y en a, comme le CHUM par exemple, où la liste d'attente est plus élevée parce qu'ils sont surchargés de références de nombreuses régions. Alors, là-dessus, on offre des corridors de services. Et les RUIS sont très utiles dans cette question-là parce qu'on offre la possibilité aux gens d'être traités dans un autre centre québécois, avec bien sûr remboursement des dépenses, hôtellerie, etc., lorsque les délais deviennent difficiles.

Je peux vous dire qu'on suit ça de très près. Actuellement, sur 75 environ patients hors délai de huit semaines, il y en a une cinquantaine, de patients à qui on a offert individuellement d'aller être traités ailleurs, qui ont refusé, qui ont préféré attendre plutôt qu'être traités ailleurs dans les délais requis. Bon. Ça peut paraître regrettable, mais les gens souvent ont des raisons personnelles pour le faire.

Mais il est certain que là-dessus, pour la radio-oncologie, la question des appareils est importante, la question du personnel, la question de la disponibilité du personnel est importante, et là-dessus je pense qu'il faut, du côté du gouvernement du Québec, être extrêmement affirmatif et dire que nous ne tolérerons pas que les groupes professionnels quels qu'ils soient utilisent la question des listes d'attente de la radio-oncologie, des patients vulnérables atteints de cancer pour faire des gains en termes de leurs conditions de travail. Ça, ça se discute de façon séparée, et là-dessus on va être extrêmement attentif et extrêmement rigoureux dans cette approche-là. Moi, j'ai toujours soutenu ça, même avant de faire de la politique, quand j'étais en pratique médicale, que, dans le domaine de la santé, les moyens de pression de type syndical sont certainement justifiés, mais jamais aux dépens des patients. Et là-dessus on va être extrêmement serrés dans notre surveillance des choses et on compte d'ailleurs sur la collaboration de tout le monde. Je suis convaincu que l'ensemble des intervenants, autant les technologues en radio-oncologie que les radio-oncologues, les administrateurs d'établissement, ont à coeur également d'arriver au même résultat. Mais c'est quelque chose dans laquelle on va se mobiliser, et on se mobilise, et on va continuer à se mobiliser de façon extrêmement serrée.

Mme Legault: J'aurais une question supplémentaire. Vous savez, quand on dote un établissement d'un nouvel équipement, est-ce qu'automatiquement les sous pour le fonctionnement sont prévus? Parce que ça n'a pas toujours été comme ça, je pense. Est-ce que c'est le cas maintenant?

M. Couillard: Non, effectivement, ça n'a pas toujours été comme ça, malheureusement, puis ça explique la réaccumulation des déficits des hôpitaux après la mise à niveau des bases budgétaires en une seule session, en 2000-2001, alors que 900 millions ont été envoyés dans les hôpitaux, en pure perte finalement parce que les déficits se sont réaccumulés par la suite. Et, nous, lorsqu'on installe un nouveau bâtiment ou un nouvel équipement, si ça augmente le niveau de services à la population, ce qui est souvent le cas, on augmente le budget de fonctionnement en conséquence. Et ça a été le cas dans toutes, toutes les installations qu'on a faites jusqu'à maintenant.

Pour vous donner une idée, cette année, dans le budget, il y a 30 millions qui sont consacrés à ce qu'on

appelle le financement des nouvelles installations. Alors, on aurait pu — peut-être que ça s'est déjà fait auparavant, je ne le sais pas — on aurait pu donner l'illusion de développement, prendre 30 millions puis annoncer des développements dans je ne sais pas quels secteurs qui sont prioritaires du système de santé, en laissant les établissements entrer en déficit et en les obligeant à couper des services pour financer les nouvelles installations.

Alors, nous, c'est un choix qu'on se refuse à faire. Mais on est transparents également dans ce choix-là. On dit au réseau: Écoutez, on va contrôler et encadrer les développements. Il faut les justifier, il faut les appuyer sur des données très solides pour que l'argent public y soit investi, mais, lorsqu'une nouvelle installation sera ouverte, que ce soit un équipement médical ou un bâtiment, le budget de fonctionnement sera pourvu de façon à ne pas obliger les administrateurs à faire des choix difficiles par rapport à d'autres services qui seraient obligés d'être coupés. Ça a été le cas pendant des années au Québec, et je pense qu'heureusement il faut tourner la page maintenant définitivement dans cette question-là.

Le Président (M. Copeman): Il me semble, M. le ministre, que le développement de ce centre de radio-oncologie en Montérégie est à la fois un bel exemple d'un geste qui va compenser un peu pour l'équité interrégionale et qui va faire bénéficier tout le monde par contre. Si j'ai bien compris, il y a de la pression au CHUM et aux autres établissements à Montréal, en partie, je dis bien en partie, dû au fait que le CHUM traite un pourcentage de la clientèle venant de la Montérégie. Alors, si j'ai bien compris, là, on va développer un centre de traitement de radio-oncologie en Montérégie, qui paraît, comme député montréalais, si on voit ça uniquement avec des ornières, comme pas nécessairement un acquis pour l'île de Montréal, mais c'est tout à fait l'effet inverse, dans le sens que... Et ça rejoint un peu nos discussions sur l'inéquité interrégionale. Moi, je ne sens pas, comme député de Montréal, qu'on vient de déshabiller Russell pour habiller Diane.

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Qui m'apparaît une analogie assez douteuse au départ. Je vais me reprendre, déshabiller Russell pour habiller Jean-Pierre. Je pense que ce serait mieux, on se ressemble un peu plus. Parce que l'effet va être bénéfique également pour l'île de Montréal. Et, je crois, ça illustre un peu le sens de vos propos quand vous dites: On agit par le développement dans certaines régions mais qui enlève la pression sur des régions avoisinantes, et c'est tout le monde qui va en bénéficier. Est-ce que je comprends bien un peu le développement qui se fait en particulier dans la Montérégie avec la radio-oncologie?

M. Couillard: Oui, absolument, M. le Président. La Montérégie est une région peuplée de 1,2 million de personnes, Québécois et Québécoises, qui ont un centre hospitalier régional de haut niveau, l'Hôpital Charles-Lemoyne, qui a une équipe d'oncologues extrêmement performants et compétents. Alors, ils seront en mesure d'accueillir ce centre-là. Il s'agira d'un investissement de plus de 70 millions de dollars avec six machines de radiothérapie.

D'ici là, ce qu'on fait pour les patients de Montérégie, on essaie de soulager quand même un peu la pression sur le CHUM et les hôpitaux montréalais. Par exemple, la partie orientale, si je peux m'exprimer ainsi, de la Montérégie, on essaie de les rediriger, les malades, vers Sherbrooke, où là-bas il n'y a en fait pas de liste d'attente en radiothérapie. Alors, là, les RUIS nous aident beaucoup, la structure des RUIS nous aide beaucoup pour faire ce changement-là, et ça également, ça devrait aider à diminuer la pression. Une fois qu'on aura développé la couronne sud de Montréal, bien, là, il faut se poser la question sur la couronne nord parce que le même phénomène se produit avec l'Abitibi, Laurentides, Laval, sur la région montréalaise. Et il faut s'assurer, lorsqu'on développe des services de radio-oncologie, également de disposer du personnel pour les faire fonctionner. Alors, il faut qu'on soit certain d'avoir assez de technologues, assez de radio-oncologues pour y travailler, et c'est ce qu'on fait.

Le Président (M. Copeman): Merci. Il reste cinq minutes. Je ne sais pas si... Oui, on va aller à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Allez-y, madame.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Je calculais, M. le Président, les investissements du gouvernement précédent en matière de traitements oncologiques, et je constate qu'une grande partie des améliorations — je pense, entre autres, aux investissements faits à l'Hôpital Notre-Dame, là, qui fait partie du CHUM, et un certain nombre d'autres hôpitaux... Nous avons pu obtenir ces chiffres grâce à la loi d'accès à l'information, alors j'aurais l'occasion peut-être à un autre moment, parce que je voudrais revenir sur le maintien à domicile, mais je constate que des investissements extrêmement importants ont été réalisés, qui donnent maintenant les résultats escomptés, comme le signalait d'ailleurs le Dr Dugré, de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, lors du dépôt du budget du ministre des Finances.

Investissement dans les services de soutien à domicile

Alors, j'aimerais, M. le Président, que l'on aborde la question du maintien à domicile. Ai-je besoin de rappeler qu'à cet égard les engagements du Parti libéral étaient très clairs, en fait on les retrouve dans le document *Partenaires pour la santé* qui en fait était le document d'engagement du Parti libéral. Et cet engagement était à l'effet de hausser au niveau de la moyenne canadienne les investissements dans le secteur du maintien à domicile. Alors, cela a été considéré par l'opposition libérale comme étant la priorité des priorités, et on retrouve ça dans le document *Partenaires pour la santé*.

● (11 heures) ●

Peut-être juste un mot, M. le Président, pour rappeler que le gouvernement précédent a haussé de 86 % les investissements en matière de maintien à domicile. De 1995 — attendez, j'ai les chiffres exacts ici, là — je pense, à 2003, il s'est agi d'une augmentation de l'ordre de 300 millions à 554 millions. Alors, c'était une augmentation très, très appréciable. J'ai le chiffre exact, là. Alors, les budgets consacrés aux services à domicile sont passés de 290 millions en 1995 à 554 millions en 2000-2001. Alors, en l'espace de cinq ans, il y a donc eu une augmentation de 86 %.

Je rappelle également — et je m'en réjouis, là — que, dans son document de consultation sur les services aux aînés en perte d'autonomie, le ministre fait l'état des lieux et rappelle, et je cite, là, que «l'organisation des services aux personnes âgées a fait l'objet de beaucoup d'attention au cours des dernières années. Deux documents en particulier ont donné la direction pour améliorer l'offre des services. Ce sont les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie publiées en 2001 et la politique de soutien à domicile, Chez soi: le premier choix, adoptée en 2003 — en février 2003 — par le précédent gouvernement.»

Alors, je constate également que les soins à domicile sont retenus par le groupe de travail du ministre sur le plan d'action 2005-2010, plan d'action à l'égard des aînés en perte d'autonomie. Et pourtant, manifestement, les budgets ne sont pas conséquents. Je regardais, M. le Président, cet engagement du Parti libéral; je voudrais le relire au ministre. Je crois que le ministre se fait une spécialité des actions menées par le gouvernement précédent. Moi, je m'en fais une des engagements de l'actuel gouvernement. Alors, l'actuel gouvernement disait ceci: «Un gouvernement du Parti libéral du Québec portera l'investissement dans les soins à domicile au niveau de la moyenne canadienne.»

Alors, la moyenne canadienne exigerait un investissement supplémentaire de 386 millions. Alors, qu'est-ce que nous retrouvons dans le document de l'Institut canadien d'information sur la santé publié ce printemps? Nous retrouvons le Québec au dernier rang des provinces canadiennes en matière d'investissement dans le maintien à domicile. Alors, compte tenu de sa population, le Québec devrait investir 51 \$ de plus par habitant pour se hausser au niveau de la moyenne canadienne, alors pour atteindre le niveau des dépenses qui sont faites en maintien à domicile.

Enveloppes budgétaires régionales

Que constatons-nous cette année? Alors, dans le tome II que nous avons vu hier, là, quand on regarde, à la page 6, le tableau des argents neufs récurrents, pour ce qui est des maintiens à domicile, on constate que, pour la présente année, il y aura 39 millions de dollars de moins en argent neuf récurrent pour l'hébergement de longue durée, malgré qu'on annonce un plan d'action, pour la santé mentale, malgré qu'on annonce un plan d'action, et puis pour le maintien à domicile, malgré que le plan d'action sur les aînés en perte d'autonomie établit que c'est là la priorité. Alors, les sommes dépensées au cours des années antérieures se sont butées cette année au mur de ciment, hein, sans doute du Trésor. Je me dis qu'un jour le ministre va cesser de justifier l'injustifiable, justifier un plan d'action en santé mentale sans argent, justifier un plan d'action en personnes âgées hébergées sans argent, justifier la priorité au maintien à domicile sans argent.

Alors, pour l'ensemble de ces trois composantes qui sont essentielles, là, prioritaires, il y a un total de 50 millions. Et j'ai assisté à la motion sur la Semaine, je pense, de la santé mentale, en Chambre, où le ministre annonçait qu'une bonne partie du 50 millions allait être octroyée à la santé mentale. J'ai ici d'ailleurs l'extrait de sa déclaration à ce sujet. Alors, j'imagine, là, que chacun se voit offrir que la majeure partie du budget lui soit

octroyée, mais le fait est qu'il y a juste pour 50 millions. Alors ça, c'est du développement. La question étant que les régions qui sont dites en surplus... Je pense, entre autres, à Montréal. Je voudrais savoir combien l'île de Montréal va bénéficier en termes de développement de ce 50 millions. Et, comme on sait qu'il y a ponction sur les régions dites en surplus, c'est donc une partie de cet argent qui lui est dédié qu'elle ne pourra pas toucher. Alors, ce que j'aimerais avoir, qu'on n'a pas eu dans les tableaux qui nous ont été soumis, c'est quelle est la ventilation de cet argent neuf récurrent en matière d'hébergement, maintien à domicile, santé mentale, par région?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, ces enveloppes régionales seront distribuées ultérieurement, on est en conversation avec les régions actuellement. Il faut d'abord adopter les crédits. On ne peut pas divulguer puis mentionner les enveloppes régionales si on n'a pas adopté les crédits. Alors, on va adopter les crédits, j'espère, ensuite on va converser avec les régions puis on va en arriver à des objectifs de croissance pour chacune des régions, compte tenu du plan de correction de l'inéquité interrégionale.

Je dois quand même ici rappeler plusieurs choses. D'abord, c'est que, dans le cadre de l'application de ce plan de correction de l'inéquité interrégionale, la région de Montréal a obtenu des accroissements budgétaires sans précédent l'an dernier et en recevra également d'importants, accroissements budgétaires, cette année. Quant à l'application des différents programmes, bien c'est là que la correction de l'inéquité se fait et la correction des développements. Ça ne veut pas dire que la ville de Montréal, si elle reçoit, par exemple, 50 % des développements dans le programme en question ne doit dépenser que 50 %. La correction de l'inéquité, elle est là pour ça, pour que les régions qui sont considérées en excès relatif de richesse fassent un bilan de leurs activités et de leurs choix, et les corrigent, et fassent des réallocations budgétaires.

Et c'est ce qu'a commencé à faire, l'an dernier, la ville de Montréal et c'est ce qu'ils vont continuer à faire cette année. Et, si on ne fait pas ça, il n'y aura jamais de changements des façons de faire et il faut qu'il y ait des changements de façons de faire à Montréal comme ailleurs. Par opposition, des régions comme la Montérégie qui étaient chroniquement affamées au cours des dernières années vont maintenant obtenir une bouffée d'oxygène qui vont leur permettre de progresser dans leurs services en continuant à développer des bonnes pratiques.

Et encore une fois on fait un exercice que je qualifierais à la rigueur d'écran de fumée, M. le Président, là, lorsqu'on mentionne des développements puis on dit: Moins d'argent que l'an dernier, etc. Tout ça, c'est des développements, puis je ne suis pas honteux, moi, loin de là, de dire à la population ce qu'on fait par rapport au gouvernement précédent. Vous savez, se comparer, ce n'est pas inutile. La santé mentale, c'est un scandale, M. le Président: en 2001-2002, 3 millions non récurrent; en 2002-2003, rien; en 2003-2004, 2004-2005, nous, on a mis 31 millions en santé mentale, puis il y a une bonne partie effectivement du 50 millions, cette année, probablement autour de 15 millions, mais ça va dépendre des régions, qui va aller en santé mentale. Alors, de ce côté-là, la

comparaison est tellement énorme que je ne peux pas m'abstenir d'abord de la répéter puis de me présenter déjà fièrement devant l'électorat puis devant les citoyens en comparant les actions qui ont été opposées par rapport aux actions précédentes.

Investissement dans les services de soutien à domicile (suite)

Pour le maintien à domicile, ce qu'il faut rappeler, c'est qu'entre 1995 et 2000, en termes réels, compte tenu de l'inflation et de l'augmentation des personnes âgées et du retard qu'on a eu — parce qu'il faut rappeler qu'en 1997-1998 le budget de santé était inférieur à celui de 1994-1995 — en termes réels, l'investissement en soins à domicile a baissé de 7 %.

● (11 h 10) ●

Et ça me fait toujours sourire quand j'entends cette formation politique formant l'opposition se qualifier de sociale-démocrate, puis je pense qu'il y en a qui y croient vraiment dans la formation politique, surtout ceux qui n'ont pas été au gouvernement et qui n'ont pas connu ce qui s'est fait à ce moment-là. Quand le gouvernement a fait des coupes semblables en éducation, en santé, dans les services publics, quand ils ont fait des choix semblables, et il y a plusieurs autres exemples dans toutes les actions du gouvernement, c'est très difficile de maintenir avec sérieux cette prétention à la social-démocratie, qui est très utile en temps d'opposition parce qu'on peut rallier des groupes à sa cause, mais, lorsqu'on fait le bilan réel des accomplissements du Parti québécois au gouvernement, je les qualifierais, moi, de centre-droite dans l'échiquier politique, là, dans le spectre politique habituel, et là-dessus les exemples sont nombreux.

Donc, soins à domicile, après 2000, qu'est-ce qui est arrivé? Effectivement, il a fallu faire du rattrapage. Il était temps de faire du rattrapage. Et ce qui est arrivé, c'est qu'en 2001-2002 il y a eu 58 millions en maintien à domicile et hébergement — donc la même logique que ce que, nous, on applique, les deux missions ensemble, pour la bonne raison qu'il fallait également équilibrer les deux choses — là-dessus, 3 millions non récurrents, donc c'est 55 millions en fait réellement; en 2002-2003, rien, rien. Et, nous, on a mis 109 millions en maintien à domicile, en deux budgets, plus ce qui va s'annoncer cette année. Alors, déjà, c'est le double, M. le Président.

Alors, je pense que là-dessus il n'y a pas de quoi avoir honte, au contraire, et il n'y a certainement pas et surtout pas de leçons à recevoir quant aux choix qui étaient des choix essentiellement hospitalocentristes, il faut rappeler, du temps du Parti québécois, où la grosse marge de manoeuvre de 2000-2001, près de 900 millions, 900 millions de dollars, M. le Président... Qu'est-ce qu'on aurait pu faire avec 900 millions en soins à domicile, en lutte contre le cancer, en santé mentale, en hébergement? Tout ça est allé s'engloutir dans les déficits des hôpitaux sans aucun résultat — on l'a expliqué, hier, clairement et on le fera à plusieurs reprises — puisqu'il n'y avait aucune mesure structurante de contrôle budgétaire qui a accompagné cette injection dans les bases budgétaires. C'est ça, la social-démocratie? Permettez-moi d'en douter.

Pour ce qui est des comparaisons interprovinciales, il faut bien sûr se fixer à notre objectif. On veut augmenter l'investissement per capita. Je rappelle d'ailleurs qu'on l'a

déjà fait, parce que les statistiques de 2002-2003, du Québec, se situaient autour de 94 \$ par habitant pour les soins à domicile, et on a augmenté actuellement à 107 \$, selon nos estimations. Donc, il y a déjà une progression importante. Il faut également avoir une certaine prudence dans la comparaison de ces chiffres, parce que j'apprenais récemment, M. le Président, que les autres provinces, dans leurs calculs de dépenses per capita pour le maintien à domicile, incluent des domaines tels que les services ambulanciers, la recherche en santé et la santé au travail, curieusement. Alors, il va falloir faire, je dirais, une dissection de ces chiffres-là pour voir quels sont exactement les niveaux de dépenses du Québec par rapport aux autres provinces.

Il y a effectivement... Puis, vous savez, il y a là une différence... Parce que je ne me gêne pas, comme on vient de le voir, pour critiquer nos prédécesseurs, mais je fais également l'effort de reconnaître les actions positives qui ont été posées. Il y a eu une correction de 58 millions, je le dis, là, il y en a eu une, correction. C'est juste dommage qu'elle soit arrivée après des années d'interruption d'investissement en termes réels, et qu'elle n'ait pas été continuée par la suite, et qu'elle ne soit pas accompagnée encore une fois d'actions structurantes puis d'une vision cohérente de cette question-là. Et je pense qu'il faut avoir l'honnêteté et le courage de reconnaître ces choses-là.

Moi, je dis qu'effectivement les efforts en maintien à domicile du gouvernement actuel, qui vont s'établir à 109 millions plus la partie, cette année, qui y sera consacrée, sont importants. Ils ne sont pas encore à la hauteur des besoins, et par définition, en santé, on est toujours en deçà des besoins, mais ils vont se poursuivre et vont s'appuyer sur un plan d'action, ça, c'est important, un plan d'action qui fait l'équilibre juste entre ce qui doit se faire en hébergement, en maintien à domicile et dans les autres secteurs, de façon à ce qu'on ait enfin une vision plus solide à long terme, qu'on se démarque de l'hospitalocentrisme des années surtout 2000 à 2003, et qu'on se dirige vers les bonnes priorités, et qu'on maintienne, année après année, les mêmes priorités. C'est ce qu'on fait.

Nous, on garde les mêmes priorités: priorités personnes en perte d'autonomie, santé mentale, cancer, population autochtone — on parlera peut-être plus tard des populations autochtones, c'est important, l'état de santé de ces populations-là. Alors, ces priorités sont les mêmes depuis le début, elles n'ont pas changé.

Une voix: Première ligne.

M. Couillard: Et les soins de première ligne également. Bien, les soins de première ligne, on pourra y revenir. Je suis certain que ça va être intéressant pour l'opposition d'en discuter. Je fais le même exercice comparatif: soins médicaux de première ligne, 2001-2002, 4 millions non récurrents; 2002-2003, rien; 2003-2004, nous, 30; 2004-2005, 25... 30... 55 millions récurrents. Et, là, il faut le souligner, c'est la grosse différence, c'est qu'on a des investissements récurrents par rapport aux investissements non récurrents.

Alors, moi, je suis très heureux de notre action en termes d'investissement, en termes d'accroissement des services, tout en sachant qu'il y a énormément de travail à faire. Je ne nie pas les quelques secteurs où l'action du gouvernement précédent a été utile, et je me fais un plaisir

de le rappeler lorsque c'est possible, mais je pense qu'il faut avoir l'honnêteté de reconnaître que, dans plusieurs secteurs, les choix qui ont été faits étaient les mauvais choix.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Alors, si le ministre veut manifester de l'honnêteté, il va aussi prendre connaissance du document de son ministère à l'égard du plan d'action 2005-2010, *Services aux aînés en perte d'autonomie*, page 12 — je le cite: «Les services de soutien à domicile ont connu une augmentation graduelle depuis 10 ans.» Alors, M. le Président, on y relit également: «L'organisation des services aux personnes âgées a fait l'objet de beaucoup d'attention au cours des dernières années. Deux documents ont donné la direction pour améliorer l'offre des services, ce sont les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, 2001, et la politique de soutien à domicile Chez soi: le premier choix, 2003.»

Le ministre parle, M. le Président, comme s'il avait à refaire le monde en termes de maintien à domicile et d'hébergement de longue durée, il faut qu'il révise tout, alors que son propre ministère écrit dans un plan d'action qui est en circulation pour consultation: Nous les avons, les bonnes directions, et nous pouvons avec honnêteté... Ce ministère fait du travail honnête, puisqu'il rappelle, comme il le fait d'ailleurs, je le signalais, à la page 12: «Les services de soutien à domicile ont connu une augmentation graduelle depuis 10 ans.»

M. le Président, c'est quand même incroyable de voir que le ministre qui, cette année, présente des crédits qui sont 420 millions de dollars de moins que ceux adoptés par le gouvernement précédent, en 2000-2001, 320 millions de dollars de moins que ceux adoptés par le gouvernement précédent en... excusez-moi, 420 en 1999-2000 et 320 millions en 2000-2001. M. le Président, son budget de santé est inférieur à celui de 1998-1999, inférieur à celui de 2000-2001, inférieur à celui de 2001-2002, et il voudrait prétendre qu'il est dans la bonne direction. Son budget descend constamment: 1,2 milliard, la première année de gouvernement libéral; 963 millions, la deuxième année d'un gouvernement libéral; et 780 millions, la troisième année d'un gouvernement libéral. Alors, je comprends qu'aux yeux de son entourage le ministre est un champion, mais la seule chose qu'on peut constater, c'est qu'il est incapable de plaider ses budgets au Trésor et aux Finances, ils sont en diminution constante.

Bon. Concernant le maintien à domicile, là, le ministre introduit le fait qu'il y a, dans les comparaisons de catégories de soins à domicile entre les provinces, les services ambulanciers, la recherche en santé, la santé au travail. Ça a toujours été. Ce n'est pas nouveau, ça a toujours été les mêmes comparaisons, avec les mêmes composantes qui donnaient les mêmes comparaisons. M. le Président, vous ne me verriez pas si je vous apportais ici toutes les interventions faites, et publiées, et imprimées dans le *Journal des débats* par votre collègue de Châteauguay et vos autres collègues sur la nécessité d'augmenter le maintien à domicile au niveau de la moyenne canadienne.

Alors, là, le ministre, ce qu'il nous dit, c'est qu'il a investi... Et il confond, là, des missions qui n'étaient pas ensemble auparavant: santé mentale et maintien à domicile,

hébergement de longue durée. Les seules missions qui étaient additionnées étaient maintien à domicile et hébergement de longue durée, mais jamais avec la santé mentale. C'est la première fois, là, qu'il y a ces trois composantes. Et je dois dire, M. le Président, que le ministre a annoncé le plan d'action en santé mentale, que nous attendons toujours, et ce grand plan d'action en santé mentale, ça devait être la première année d'un premier mandat. C'était ça, l'engagement du Parti libéral: dans la première année d'un premier mandat, doter le Québec d'un plan d'action en santé mentale.

Alors, je reviens au maintien à domicile, comment peut-il penser avoir un plan d'action en matière d'hébergement de longue durée et de maintien à domicile si les crédits qui lui sont alloués sont aussi modestes que ceux qu'il veut nous faire voter?

M. Couillard: Bien, M. le Président, il y a plusieurs points intéressants qui ont été touchés par la députée. C'est sûr qu'il y a eu des accroissements...

Le Président (M. Copeman): Ça va terminer ce bloc.

M. Couillard: Dommage!

Le Président (M. Copeman): Non, non, mais je pense que... Écoute, s'il y a consentement, on va laisser le ministre répondre. C'est parce que la difficulté qu'il y avait, là, c'est que la première intervention de la députée a duré huit minutes, la réponse a duré huit minutes. Ça ne laisse pas beaucoup de temps pour échange. Alors, s'il y a consentement, on va laisser le ministre répondre.

Une voix: ...

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

● (11 h 20) ●

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Donc, ce qu'il faut rappeler, c'est qu'effectivement il y a eu des accroissements de niveau de dépenses en 1999-2000 et 2000-2001. Mais la vraie question, c'est: Qu'est-ce qui a été fait avec cet argent-là? C'est ça, la vraie question. Quels ont été les choix politiques qui ont été faits pour utiliser ces importants investissements qui étaient disponibles pour le secteur de la santé et services sociaux? Alors, je regrette, lorsqu'on a consacré près de 900 millions à renflouer des bases budgétaires dans les hôpitaux, puis qu'on ne l'a pas utilisé pour développer les services, puis qu'on nomme...

Une voix: En 2000-2001...

M. Couillard: En 2000-2001. En 2000-2001.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, je comprends, il y a parfois des disputes, mais c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a la parole, présentement.

Mme Harel: M. le Président, c'est par consentement, là. Ça fait qu'il ne faut pas qu'il soit polémique. S'il est polémique...

Le Président (M. Copeman): Oui, oui. Mais, Mme la députée, on ne donne pas des consentements sur les propos du ministre, là.

Mme Harel: ...

Le Président (M. Copeman): Ce n'est pas un consentement conditionnel, Mme la députée. Si on donne le consentement, on va laisser le ministre répondre puis après ça on va reprendre le débat. Allez-y, M. le ministre. Sans interruption, s'il vous plaît.

M. Couillard: Bien, je ne serai pas long. C'est juste pour rappeler qu'au-delà des chiffres de dépenses c'est les choix qui éclairent les citoyens quant aux véritables orientations d'un gouvernement. Et les choix qu'on a faits, nous, sont cohérents avec les vraies priorités. Et l'erreur que je mentionne, cette troisième immense erreur... Il y en avait deux très connues, les mises à la retraite et puis les diminutions de formation dans les facultés de médecine, c'est la troisième, la troisième de la troisième, et on va y revenir souvent au cours des prochains mois et des prochaines années, jusqu'à l'élection, jusqu'à l'élection, puis même pendant la campagne électorale.

Quand on a consacré près de 900 millions d'argent neuf sans ajouter un iota de services aux citoyens, c'est le choix qu'on a fait, il faut en répondre, et on va continuer à y répondre pendant des années. Et on mettra en opposition les choix que nous faisons, les choix que nous faisons qui sont dans la direction des vraies priorités, selon les priorités qu'on s'était fixées également au début du mandat.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, si j'ai bien compris... Oh! Excusez-moi. Bien sûr, excusez-moi. Mme la députée de Lotbinière.

Mesures de soutien aux aidants naturels

Mme Roy: Merci, M. le Président. Alors, comme vous le savez, moi, je suis une nouvelle politicienne et, en raison de ça, j'ai plusieurs amis ou connaissances dans mon environnement qui maintenant se sont mis à l'écoute de la période des questions. Et le commentaire qui me revient le plus souvent, c'est: Ce n'est jamais de la faute de personne, c'est toujours la faute d'avant. Et je pense que ça décourage vraiment la population d'entendre dire ça. Ce qu'ils veulent, ce qu'ils souhaitent, c'est d'avoir un gouvernement imputable, je crois.

Et, à cet égard, si on continue sur la voie des aidants naturels, moi, j'ai retrouvé, dans une... C'est une citation de M. le premier ministre qui disait qu'il reprochait au Parti québécois de ne pas avoir pris... que le gouvernement... qu'on est au dernier rang à peu près dans les dépenses de soins à domicile pour les personnes âgées par rapport à la moyenne canadienne, ce dont on parlait tantôt, qu'il y avait le rapport Anctil, qu'il était là. Alors, pourquoi ne pas avancer dans ce dossier, attendre et évaluer... Je pense que ce rapport-là est complet, et, sur cette base-là, on pourrait... C'est un rapport de 2001, et on ne comprend pas pourquoi il faut toujours refaire des plans stratégiques, puis recommencer, pas partir de ce qui est déjà fait, puis réinventer la roue à chaque fois, puis ça fait deux ans d'attente, de recherches qu'on n'est pas obligé

d'investir, puis on n'est pas obligé de rendre compte de nos décisions parce qu'on étudie puis on élabore des plans.

M. Couillard: Alors, M. le Président, c'est sûr qu'on parle d'avant parce qu'il existe un avant pour les deux formations politiques qui sont principalement, entre autres, représentées ici. En existera-t-il un jour un, avant, pour l'ADQ? On le verra. Mais, moi, ce que je note dans le domaine de la santé, pour cette formation politique, c'est une approche excessivement superficielle aux problèmes, aucune réflexion approfondie. J'ai développé, moi, une habitude... On parlait des habitudes de périodes de questions. Moi, si je mesure les manchettes du matin, je peux vous prédire le sujet d'intérêt de l'ADQ pour la journée. Et ça ne dépasse pas en général une journée ou deux, le «attention stand», comme on dit, là. Ça reste à peu près dans ce domaine-là.

Dans le système de santé, il n'y a eu aucune réflexion en profondeur, aucune proposition concrète sur les solutions à apporter au système de santé. Les dernières dont je me souviens, c'est la possibilité de vendre sa deuxième Mercedes si on avait besoin d'avoir accès à des soins de santé ou d'utiliser ses REER, ou bien alors que c'était correct dans le fond que les plus riches paient pour avoir accès aux soins parce que ça aiderait les plus pauvres à avoir accès aux... C'est ce genre de notions, qui sont des notions extrêmement faciles, qui ne sont pas le fruit d'aucune analyse profonde pour l'avenir du Québec. Et il va falloir, si l'ADQ veut un jour avoir un avant dont d'autres partis politiques peuvent parler, qu'ils développent une réflexion beaucoup plus cohérente et beaucoup plus profonde sur les véritables problèmes du Québec au lieu de se guider sur les manchettes de la journée et l'intérêt des lignes ouvertes. Je pense qu'essentiellement c'est la recommandation qu'on leur ferait.

Maintenant, pour ce qui est des aidants naturels, j'ai expliqué à plusieurs reprises que bien sûr il y a des actions fiscales qui sont déjà en place et qui vont prendre place également pour soutenir les aidants naturels. Le crédit d'impôt que le ministre des Finances a annoncé dans son budget est un exemple. Mais, au-delà de ça, la meilleure façon — et je le dis, et je l'ai dit à Mme Chloé Sainte-Marie qui est venue me rencontrer, puis je le dis aux gens également qui parlent des aidants naturels — la meilleure façon, compte tenu du retard qu'on a pris au Québec dans le domaine des soins à domicile, la meilleure façon d'aider les aidants naturels, c'est d'augmenter le niveau de soins aux personnes. Et, dans le contexte financier, dans le contexte économique du Québec, le choix que le gouvernement fera lorsqu'il y aura des sommes disponibles, nouvelles à ajouter en développement, ce sera d'abord et avant tout de rehausser les services directs aux personnes, de façon à ce que, le niveau de soins à domicile étant accru, il y ait moins de pression sur les aidants naturels, également d'accompagner ces aidants naturels, comme on avait dit d'ailleurs avant l'élection, de mesures de soulagement fiscal, qui ont débuté bien sûr, qui vont prendre leur plein effet au cours de l'année 2006, comme toute mesure fiscale, mais qui verront à ajouter, en termes de bénéfices, je crois que le chiffre combiné pour les enfants handicapés et les personnes d'autres catégories... autour de 43 millions de mesures fiscales pour soutenir les aidants naturels. Et je crois que c'était la bonne décision à prendre, M. le Président.

Mme Roy: Alors, M. le ministre, vous avez donné un autre exemple de ce que j'entends souvent décrier par la nouvelle écoute de la période de questions. Les gens aiment, M. le ministre, savoir qu'est-ce qu'on va faire précisément, qu'est-ce qui va se passer pour les aidants naturels. Vous savez que le crédit d'impôt a été vraiment décrié. Il faut, pour en bénéficier, travailler assez pour avoir à payer des impôts. Comme les aidants naturels sont souvent des femmes qui doivent soutenir leurs conjoints ou leurs enfants et qui cessent de travailler pour le faire, le crédit d'impôt n'allège en rien la charge qu'ils ont d'aider ces personnes-là.

M. Couillard: Bien, d'abord, il faut prendre position de façon ferme sur l'ensemble de la question du système de santé. Nous, au Parti libéral du Québec, on croit en un système de santé public et universel, avec la participation du privé mais sans frais pour l'utilisateur. On croit également que les priorités doivent continuer à être celles qui ont été les nôtres depuis le début du gouvernement, c'est-à-dire dégager le plus de centres de développement possible à l'extérieur de l'hôpital, et on a les chiffres, les actions pour le montrer. Donc, non seulement on dit ce qu'on a fait, on dit ce qu'on fait puis on dit ce qu'on va faire. Alors, il faut lire les plans d'action, il faut lire les... il faut être présent en commission parlementaire. Ça aide également à suivre les débats, et, à ce moment-là, on peut avoir une bonne idée de ce que le gouvernement fait, a fait et fera.

Mais je reviens encore pour la question des aidants naturels. Moi, je le répète, la meilleure façon d'aider nos aidants naturels — vous me pardonnerez la répétition — c'est d'augmenter le niveau de services aux personnes elles-mêmes, le soutien à domicile. Les mesures fiscales introduites sont des augmentations de crédit d'impôt, et, sauf erreur, il s'agit d'un crédit d'impôt remboursable, donc qui n'a pas vraiment rapport avec le niveau de revenu de la personne, qui passe de 550 \$ à 1 000 \$. Évidemment, c'est une augmentation que plusieurs trouvent insuffisante et, comme je le dis, en santé, c'est l'éternel défi, on est toujours en deçà des besoins de la population, et il faut faire une progression au moins. Je pense de ce côté-là il y a une progression qu'on ne peut pas nier. Mais je reviens encore... et je le répéterais sans cesse, si on veut aider les aidants naturels du Québec, il faut améliorer les services directs et rehausser les services aux personnes.

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

Entente fédérale-provinciale de septembre 2004 sur la santé

M. Paquin: Merci, M. le Président. En septembre 2004, le gouvernement du Québec a conclu avec le gouvernement fédéral une entente, M. le Président, asymétrique sur la santé, une entente que l'on pourrait qualifier d'historique et pour laquelle même l'opposition officielle a applaudi. Incroyable mais vrai, M. le Président. Permettez-moi de vous citer quelques lignes du *Journal de Québec* du 31 juillet 2004: *Santé, le PQ applaudit* — le premier ministre — *Charest*. «"Il faut admettre que [M. le premier ministre] a défendu les revendications historiques du Québec. Il aura le soutien de l'opposition s'il maintient

avec fermeté sa position auprès [des fédéraux]", a commenté le porte-parole de l'opposition officielle en matière d'affaires intergouvernementales canadiennes — on ne doit pas le nommer par son nom, mais le député de Mercier...» En plus, M. le Président, le chef du Bloc, je ne sais pas si vous vous rappelez, avait souligné avec beaucoup, beaucoup d'intérêt la réussite extraordinaire que le premier ministre du Québec, accompagné du ministre de la Santé et des Services sociaux... le résultat incroyable qui avait résulté de cette entente.

Ma question au ministre, M. le Président: Pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste cette entente asymétrique et comment elle s'avère avantageuse pour le système de santé du gouvernement du Québec?

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

● (11 h 30) ●

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, effectivement, il s'agit d'une entente qui a été saluée par de nombreuses personnes, dont M. Jacques Parizeau, l'ancien premier ministre du Québec, qui avec justesse a fait ressortir les gains qui avaient été obtenus.

Maintenant, je le disais tantôt, il est important d'avoir une approche équilibrée et de reconnaître ce qui a été fait auparavant. Moi, je suis le premier à reconnaître — et, je pense, la députée d'Hochelaga-Maisonneuve va être contente de m'entendre dire ça — que l'entente qui a été faite en février 2003 a également apporté des fonds au système de santé du Québec. Mais ce que ça veut dire, là, ça, c'est que c'est une approche qui est continue pour le gouvernement du Québec de défendre les intérêts du Québec, et il n'y a pas une formation qui peut prétendre avoir l'exclusivité. Tous les gouvernements du Québec récents ont défendu les intérêts du Québec. La seule différence, c'est que, nous, on fait un peu moins la politique de la chaise vide dans les organisations fédérales-provinciales, beaucoup moins même dans certains exemples, et on va là avec l'idée de confirmer l'intérêt pour le Québec et le bénéfice, pour le Québec, d'appartenir à la fédération canadienne, et non pas en espérant secrètement que ça va échouer et qu'on pourra démontrer soi-disant que la fédération canadienne n'est pas utile pour le Québec. Je pense que, là, il y a une différence également fondamentale entre les deux principes qui animent les deux gouvernements.

Ce qu'on retient de l'entente de septembre 2004, d'abord c'est le rôle extrêmement important qu'a joué le Conseil de la fédération dans l'élaboration de cette entente-là, qui a permis l'élaboration d'un consensus inter-provincial, et également le rôle de leadership que notre premier ministre a joué étant donné sa grande connaissance des enjeux fédéraux-provinciaux, interprovinciaux et de la dynamique de la fédération canadienne. Je pense que sa présence et son leadership dans cette réunion ont été déterminants pour en assurer le succès.

Évidemment, les gains de l'entente de septembre 2004 sont importants, d'une part, sur la question des montants qui s'ajoutent en termes de centaines de millions aux ressources du gouvernement du Québec pour financer les services de santé et les services sociaux, également dans le fait que le gouvernement fédéral, pour la première fois, reconnaît un facteur de croissance de ces dépenses, ce qui n'était pas le cas auparavant. Mais également c'est

toute la question de l'asymétrie qui a retenu l'attention des observateurs et des analystes, parce qu'il ne faut pas diminuer, je crois, M. le Président... Mme la Présidente, pardon. Je n'avais pas remarqué la permutation. Il ne faut pas diminuer le caractère historique de la reconnaissance formelle de la notion d'asymétrie de la fédération canadienne qui, pour nous, Québécois, est quelque chose qui vient très naturellement.

Une fédération, ce n'est pas un pays unitaire, centralisé, c'est un groupe d'États qui adhèrent à un espace politique qu'est la fédération canadienne, dans lequel les compétences sont clairement définies et dans lequel ces compétences peuvent s'exprimer de façon différente selon la réalité d'une région ou d'une autre, mais cependant avec l'adhésion autour de grands principes communs. Je pense que c'est comme ça qu'on peut résumer notre approche par rapport à la présence du Québec dans le Canada et la fédération canadienne.

Ce qu'on a obtenu sur le plan de l'asymétrie, outre la reconnaissance formelle des mots même, parce que, dans ce genre d'accord là, les mots sont importants, les mots écrits ont la plus grande importance, c'est que bien sûr nous souscrivons aux objectifs et principes généraux qui sont énoncés dans l'entente, tout le monde veut améliorer les soins de santé, tout le monde veut améliorer l'accessibilité aux services, diminuer les temps d'attente, on reconnaît cependant de façon formelle la volonté du gouvernement du Québec d'exercer lui-même ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé, on reconnaît que les principes qui fondent le système de santé québécois sont cohérents avec ceux qui sont adoptés par l'ensemble des gouvernements au Canada, que le Québec appliquera son propre plan de réduction des temps d'attente en fonction des caractéristiques propres de son système de santé, que le Québec fera lui-même rapport à la population québécoise des progrès accomplis en vue de l'atteinte de ces objectifs — et là les rapports du Commissaire, les rapports annuels, qui deviendront annuels, du Commissaire à la santé et au bien-être seront particulièrement importants dans cette question — et que bien sûr le Québec entend continuer à partager et à collaborer avec les autres gouvernements en partageant l'information en ce qui a trait aux meilleures pratiques.

Et cette entente se trouve dans le contexte d'autres ententes également dans le domaine de la santé qui ont été satisfaisantes, que ce soit l'entente sur les jeunes contrevenants, sur les personnes handicapées au travail. Il s'agit de rattrapages qui ont permis au Québec de financer des services qu'il avait lui-même déjà mis sur pied, les soins de première ligne, le programme de compensation pour l'hépatite C post-transfusionnelle. Et on connaît les accords sur d'autres domaines, et bien sûr, dans les domaines autres que la santé, on connaît les accords sur les infrastructures, les accords également sur l'assurance parentale, celui qui est en cours de négociation sur les services de garde, et il y a encore beaucoup de travail à faire sur l'éducation postsecondaire et la péréquation. Et là-dessus le premier ministre, mon collègue ministre des Affaires intergouvernementales et le ministre des Finances font un travail remarquable, et je tiens à le souligner devant la population, il y a de quoi être fiers de l'intensité et de la présence du Québec sur la scène canadienne, du fait qu'on ait repris le leadership dans la fédération canadienne et

qu'on défend de façon très ferme les intérêts du Québec, comme tous les gouvernements libéraux d'ailleurs l'ont toujours fait.

Alors, il y a là un gain effectivement, M. le Président, pour le Québec, un gain qui est double, un gain d'une part sur le plan des montants financiers obtenus, mais également... et je dirais qu'à long terme c'est probablement ce qui est le plus important à retenir de cette entente, c'est la confirmation formelle du caractère asymétrique de la fédération canadienne, de la capacité et de l'entière liberté du Québec de faire ses propres choix en cette matière qui relève de sa juridiction. Et il y a de quoi encore une fois à en féliciter le gouvernement et l'ensemble des partenaires, d'ailleurs. On a remarqué que, lorsqu'on s'est présentés à Ottawa, nous étions munis, je dirais, d'un support très large de la société québécoise. Autant les groupes syndicaux, les groupes professionnels, les associations d'établissements de santé s'étaient rangés fermement derrière le gouvernement du Québec pour l'aider à présenter un dossier convaincant auprès des autres provinces et le gouvernement fédéral, ce qui a été le cas et ce qui explique le succès que nous avons obtenu.

Transferts fédéraux en matière de santé (suite)

M. Paquin: Mme la Présidente, M. le ministre, au niveau des gains des transferts fédéraux significatifs pour le Québec lorsqu'on regarde la révision des transferts fédéraux du Québec découlant des deux dernières conférences des premiers ministres, est-ce que vous avez des chiffres à nous soumettre, entre autres sur la santé, sur le cadre de péréquation, etc.?

M. Couillard: Alors, M. le Président, entre 2004-2005 et 2009-2010, en ce qui a trait à l'entente sur la santé, il y a des gains nets de 4,2 milliards pour le Québec: 2004-2005, 501 millions; 2005-2006, 735 millions; 2006-2007, 805; 2007-2008, 768; 2008-2009, 703; 2009-2010, 701. Pour le nouveau cadre de la péréquation, également des gains de 279, 334, 445, 358, 501, 501, pour 2,4 milliards. Et, pour les reports et étalements des paiements qui sont dus, 472, 236 et etc., pour un total de 1,4 milliard. Et donc il s'agit d'un total, d'un grand total de plus de 8 milliards de dollars qui a été obtenu dans ces trois éléments-là.

Mais je répète que l'action sur le déséquilibre fiscal du gouvernement continue, et l'action est très énergique et cible notamment la question de la péréquation, la question du financement des programmes d'études post-secondaires, les programmes sociaux et également la conclusion d'une entente sur les services de garde. Alors, là-dessus, il y a énormément de travail qui se fait actuellement au niveau du gouvernement.

La Présidente (Mme James): C'est terminé, M. le député de Saint-Jean?

M. Paquin: C'est terminé.

La Présidente (Mme James): Je cède la parole maintenant à la députée de Maskinongé.

Mme Gaudet: Merci, Mme la Présidente. Mme la Présidente, je dois avouer que je suis très fière d'appartenir à ce gouvernement qui a...

Mme Harel: ...maintenant?

Mme Gaudet: Oui, il faut l'avouer.

Une voix: Il ne faut pas se gêner...

Mme Gaudet: Il ne faut pas se gêner d'appartenir à ce gouvernement qui a fait de la santé sa première priorité. Et je tiens à rappeler que ce n'est pas le cas pour l'ensemble des formations politiques qui sont ici représentées à l'Assemblée nationale. C'est une particularité de notre gouvernement, et c'est pourquoi j'en suis très fière.

M. le ministre, vous avez une vision globale et élargie des services directs qui sont offerts à la population. J'aimerais citer quelques exemples qui sont vécus dans mon comté. Un peu plus tôt, vous avez parlé de projets de premiers répondants qui sont mis en place actuellement dans la grande région de Montréal, et je dois vous dire qu'encore une fois je suis très fière qu'un de ces projets de premiers répondants soit en train d'émerger dans la municipalité de Saint-Étienne-des-Grès, une municipalité de mon comté, du comté de Maskinongé, où il existe aussi une coopérative des soins de santé qui est d'ailleurs un modèle à la grandeur du Québec. Alors, c'est une communauté qui se prend en main, qui se responsabilise et qui travaille en amont des problèmes qui peuvent être reliés au niveau de la santé.

Également, la semaine dernière, j'avais le très grand privilège d'annoncer que votre ministère a remis une subvention de 400 000 \$ au Centre de santé et de services sociaux de Louiseville, l'Hôpital Comtois, communément appelé l'Hôpital Comtois, et cette subvention va servir à revoir en profondeur l'organisation du travail de façon à mettre le citoyen, le patient, le client au coeur des actions, mais une action élargie des principaux intervenants du Centre de santé et des services sociaux bien évidemment, mais également de la communauté, et ça va même jusqu'aux intervenants municipaux. Alors, ces deux projets illustrent bien une façon de faire différente, et je tiens à saluer votre initiative, M. le ministre, à cet égard.

Listes d'attente en chirurgie (suite)

Ceci m'amène à relever une citation de votre allocation d'ouverture qui dit qu'après deux ans de notre administration il est clair que les nouvelles mises de fonds au titre des services directs à la population ont eu des effets importants dans plusieurs domaines, ce qui m'amène à questionner quels sont, M. le ministre, les véritables progrès quant à l'accessibilité aux services, notamment au chapitre des listes d'attente. Vous en avez parlé un petit peu, tout à l'heure, au niveau du cancer, mais j'aimerais que vous élaboriez au niveau des chirurgies, au chapitre également du désengorgement des urgences, dont les difficultés ont été si souvent dénoncées ces neuf dernières années.

● (11 h 40) ●

La Présidente (Mme James): Juste vous avertir, M. le ministre, qu'il reste, à moins qu'il y ait consentement, 1 min 15 s, répondre à la question.

M. Couillard: Oui. Bien, merci, Mme la Présidente. De toute façon, je suis certain que c'est un thème que voudront partager avec enthousiasme les collègues de l'opposition pour continuer la conversation. Bien, écoutez, je vais le résumer, puis on y reviendra. Il y a eu — et là-dessus il faut être prudent parce que les chiffres varient, puis encore une fois c'est le défi permanent d'être en deçà des besoins — il y a eu une augmentation considérable du nombre de chirurgies, 60 %, 28 % et 30 % pour respectivement le genou, la hanche et les cataractes, dans le domaine des cataractes particulièrement, une réduction significative des délais d'attente, et ça a été obtenu, ça, en particulier en permettant, ce qui curieusement n'avait pas été permis auparavant...

Moi, ça m'a frappé quand je suis arrivé au gouvernement, et le P.D.G. de ce qui était autrefois la régie, ce qui est devenu l'Agence de Montréal, m'a dit: Écoutez, j'avais ce projet de concentrer les opérations du genou et de cataracte dans un ou deux hôpitaux, puis on ne m'a jamais laissé faire, mais, vous — il craignait un peu — vous, est-ce que vous pensez que ce serait possible qu'on aille de l'avant? J'ai dit: Bien sûr! Quelle excellente idée! Alors, ces opérations ont été concentrées, là, dans quelques hôpitaux, là, cataracte nécessairement, les opérations de genou, et on voit le résultat, le système est devenu beaucoup plus productif. Il faut continuer à augmenter la productivité du réseau, et un des facteurs principaux limitatifs actuellement pour les listes d'attente, c'est la pénurie de personnel, médecins, infirmières, technologues, inhalothérapeutes, anesthésistes. Et, pour ça, il faut attendre la graduation de toutes ces cohortes que nous amenons en formation et, tout en faisant ça, également améliorer la façon de faire et améliorer la mesure des listes d'attente. Moi, je ne suis pas tout à fait satisfait de la façon dont on mesure les listes d'attente, on va s'y attarder également au cours des prochains mois.

La Présidente (Mme James): Désolée, je dois vous informer que malheureusement on a eu des problèmes techniques. En fait, il reste 10 minutes du côté parlementaire, alors vous pouvez continuer vos interrogations.

M. Couillard: Il me semblait aussi que le temps passait vite. Bien, écoutez, je vais donner quelques détails. L'an dernier, là, 7 366 personnes de plus ont bénéficié d'une chirurgie nécessitant une hospitalisation; 2 450 de plus, une chirurgie du genou; et 1 050 de plus, une chirurgie de la hanche; 20 142 de plus ont bénéficié d'une chirurgie d'un jour; 7 389, une chirurgie de la cataracte. En plus des chiffres précédents, je vous ai donné les pourcentages d'augmentation pour le genou, la hanche et les cataractes et effectivement la façon dont on a procédé.

Du côté également de l'accessibilité des services, il faut parler de la cardiologie tertiaire parce qu'une liste d'attente d'hémodynamie et d'angioplastie est devenue la moitié de celle qu'elle était en 2000, actuellement 916. Et là-dessus, je veux le dire, les efforts avaient commencé avant notre arrivée. Vous voyez que, quand il faut rendre crédit, je rends crédit et j'espère qu'on m'accordera la réciproque. Et récemment ça correspond à une diminution de près de 40 %, en deux ans, de la liste d'attente en chirurgie cardiaque et en hémodynamie. En chirurgie cardiaque adulte, par exemple, la liste d'attente était de 1 000 patients en mars 2000, 524 en mars 2003 et 456 le 31 mars 2005.

On a déjà parlé de la radio-oncologie. Les groupes de médecine de famille également continuent d'être déployés au Québec. Il y en a 99 officiellement accrédités, quatre de plus qui sont, disons, quasiment, quasiment, quasiment accrédités et il y en a d'autres également qui sont en processus d'accréditation, plusieurs qui sont à l'état de projet. Le développement de la formule des cliniques-réseaux à Montréal également est à souligner.

Et ce qu'on veut faire donc au cours de la prochaine année, c'est continuer nos investissements, parce qu'on parlait initialement dans la commission, dans les travaux de ce matin, des efforts budgétaires pour les listes d'attente, et effectivement, si je regarde les efforts de 2001-2002, zéro; 2002-2003, zéro; 2003-2004, 60 millions récurrents. Alors, la raison pour laquelle il n'est pas nécessaire actuellement d'augmenter ce niveau-là, c'est que le réseau travaille probablement à près de pleine capacité actuellement compte tenu de la pénurie de personnel qu'on a et qu'il s'agit des sommes récurrentes, donc qui reviennent chaque année et qui sont indexées, dont les effets donc se feront sentir à chaque année.

Ce qu'on doit faire également, c'est d'améliorer la façon dont on mesure les listes d'attente, dont on quantifie les personnes qui sont en attente, les délais exactement. Et, là, plusieurs provinces ont des expériences intéressantes qui nous montrent dans quelle direction il faut aller, et on va certainement faire les travaux de ce type-là.

Groupes de médecine de famille et cliniques-réseaux

Mme Gaudet: Concernant, M. le ministre, le développement des groupes de médecine familiale, je tiens à souligner la souplesse avec laquelle vous donnez les accréditations et permettez certaines expériences selon les milieux, selon la quantité de médecins disponibles, parce qu'on sait que certaines régions, dont la région de la Mauricie, présentent une difficulté importante au niveau du recrutement de médecins de médecine familiale. Alors, je tiens à vous mentionner que... Vous êtes certainement au courant, là, qu'il va y avoir un développement d'un groupe de médecine familiale dans le comté de Maskinongé, et avec des caractéristiques particulières, compte tenu de différents facteurs pris en compte par votre cabinet. Alors, j'aimerais que vous nous entreteniez peut-être davantage, là, sur le développement des groupes de médecine familiale.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Bien, effectivement, on continue ce développement. On pense qu'il s'agit d'une formule qui est justifiée, quoiqu'il a fallu la compléter dans les milieux urbains, on l'a vu, avec des cliniques-réseaux. Les 99 groupes actuellement accrédités, c'est 1 100 médecins, c'est plusieurs centaines de milliers de personnes qui y sont inscrites.

Et ce que vous avez apporté dans votre intervention est important, parce qu'on a, pour s'ajuster au problème de pénurie de médecins, voulu un peu briser le cercle vicieux. C'est-à-dire que, si on applique de façon très rigide la formule, telle qu'initialement faite, il y a des régions, dont la vôtre, où le nombre de médecins est faible, qui ne pourront jamais avoir de groupes de médecine de famille. Or, la présence d'un groupe de médecine de famille est devenu un

facteur important pour attirer des médecins. Alors, vous voyez qu'on tourne en rond continuellement: on n'a pas de médecins parce qu'on n'a pas de groupes de médecine de famille, puis on n'a pas de groupes de médecine de famille parce qu'on n'a pas assez de médecins. Alors, on peut tourner comme ça pendant des années et des années.

On a donc décidé d'assouplir quelque peu les critères d'accréditation pour le nombre de médecins, mais en restant cependant très fermes sur les principes fondamentaux: son inscription et le suivi continu, l'interdisciplinarité. C'est là la beauté de la formule qui d'ailleurs a été mise au point par le gouvernement précédent. Vous voyez, au moins trois fois, dans le dernier 10 minutes, je leur ai rendu justice pour des actions passées. Et ces trois éléments, l'inscription, la fidélisation de la clientèle et l'interdisciplinarité, sont les éléments fondamentaux de la formule, et on adapte également la certification selon la taille de la population couverte, dans une approche populationnelle. Toutes ces choses-là permettent de développer beaucoup plus de souplesse.

Et je crois qu'en général, en milieu non urbain, c'est la formule idéale. En milieu urbain également. Il y a de l'intérêt également à Montréal pour les groupes de médecine de famille. Il y en a puis il y en a d'autres qui veulent être accrédités, puis on pourrait même être clinique-réseau en même temps que groupe de médecine de famille. À Québec, il y a de nombreux groupes de médecine de famille qui sont accrédités. Donc, les choix varient un peu d'une région à l'autre.

Mais je crois qu'il s'agit d'une façon d'assurer l'avenir de la médecine de première ligne au Québec, parce qu'il y a cette question de l'inscription, de la fidélisation de la clientèle, mais il y a également ce que j'appellerais toute la nouvelle démographie médicale, la nouvelle réalité de la profession médicale où, pour plusieurs raisons — entre autres, mais pas uniquement — entre autres à cause de la féminisation de la profession, les habitudes de travail ont changé, les exigences des médecins, en termes de qualité de vie et d'organisation professionnelle, ont également évolué, de sorte qu'on ne peut plus vraiment penser que, pour les prochaines années, au Québec, on va pouvoir assister au développement de cabinets solos ou semi-solos, à deux ou trois médecins. De plus en plus, les jeunes médecins qui vont en pratique s'installer veulent être dans des groupes plus larges de façon à ce que les responsabilités soient partagées, notamment la couverture en dehors des heures favorables. Et, si on ne progresse pas dans cette direction, ça va être très difficile, surtout pour les petits milieux, de continuer à attirer des médecins.

Et finalement tout ce qu'on fait, en termes de groupes de médecine de famille ou de formule de complément comme les cliniques-réseaux, ça en revient à un seul et même principe qui est l'accroissement de l'accessibilité pour les soins de première ligne, qui est un facteur déterminant également pour l'engorgement des salles d'urgence, pour la disponibilité de lits pour les patients qui doivent être hospitalisés pour une chirurgie. Tout ça est interrelié, et on croit que c'est important de le faire et de continuer à investir dans ce domaine-là, de former plus de médecins, de s'assurer qu'il y ait plus de médecins qui s'orientent vers la médecine de famille, de s'assurer que les conditions d'exercice de la médecine de famille soient reconnues et soient favorisées par des formules telles que les groupes de médecine de famille ou les cliniques-réseaux.

● (11 h 50) ●

Mme Gaudet: Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

Déficit du réseau de la santé (suite)

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Quelques remarques préalables à l'examen du dossier de l'accueil des médecins étrangers. Alors, quelques remarques préalables, la première étant que le ministre ne peut continuer à dire, comme il l'a fait tantôt, que les 900 millions d'argent neuf ont été investis pour rembourser les déficits dans les hôpitaux sans injecter un iota de services aux citoyens. À chaque fois que le ministre va continuer à prétendre cela, je vais lui rappeler qu'il reproche au gouvernement précédent d'avoir épongé des déficits pour des services rendus à la population, alors qu'il permet aux établissements de payer à crédit les services actuels en les autorisant à faire des déficits, tout en leur imposant le paiement des intérêts sur ces déficits autorisés qui sont hors périmètre comptable et qui totalisent présentement 1,2 milliard de dollars.

D'autre part, M. le Président, je rappelle au député de Saint-Jean qu'il y a eu un fort consensus québécois, un support très large de l'ensemble de la société québécoise pour soutenir les revendications en matière de santé lors de la négociation fédérale-provinciale mais que ce support, ce consensus a été détourné, puisqu'au retour, sans en avoir informé les partenaires préalablement, le premier ministre et le ministre de la Santé ont annoncé que le 500 millions de dollars obtenu n'allait pas être injecté en santé mais détourné des fins pour lesquelles il avait été obtenu et puis investi ailleurs.

J'apprécie aussi, M. le Président, le plaidoyer que le ministre de la Santé a fait sur les talents du premier ministre comme négociateur. Je souhaiterais cependant que ses talents puissent aussi s'exercer dans le secteur de la péréquation, puisque, dans ce secteur, comme on l'a constaté, on est bons derniers, alors que les autres provinces membres de sa fédération sont allées, comme vous avez vu, cas par cas, négocier un rajout directement au gouvernement fédéral.

Enveloppes budgétaires régionales (suite)

Alors, je reviens à la question que j'avais posée concernant la ventilation du 50 millions par région, ce 50 millions qui est fourre-tout en fait, on retrouve maintien à domicile, hébergement de longue durée puis santé mentale. Alors, le ministre nous a répondu, à la commission, il y a quelques minutes: Je ne peux pas faire cette ventilation par région parce qu'il faut d'abord adopter les crédits, après quoi il faudra faire les discussions qui vont s'imposer pour que cette ventilation puisse se réaliser par région. Je voudrais, M. le Président, déposer des communiqués de presse: communiqué de presse de votre collègue le député de Chomedey qui dévoile le budget en santé et services sociaux pour la région des Laurentides, et notamment pour le développement de nouveaux services à la population, conformément aux priorités énoncées par le ministre de la Santé au moment de la présentation du budget, sommes consacrées à des nouvelles

initiatives dans le secteur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et de maintien à domicile, de santé mentale, etc.; communiqué de presse de la députée de Jonquière qui dévoile les budgets régionaux pour la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, tiens donc; communiqué de presse du député de Gatineau qui dévoile les budgets régionaux pour la région de l'Outaouais.

Je demande, M. le Président, au ministre de transmettre à cette commission, puisque ses collègues l'ont fait avec la collaboration du ministère pour leurs régions respectives, de transmettre cette ventilation par région avant la fin de nos travaux.

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

M. Couillard: Bien, c'est avec plaisir qu'on va le faire, mais ce qu'il sera encore très difficile de déterminer, c'est la ventilation à l'intérieur de chaque région. Ça, ça nécessite l'adoption des crédits, ça nécessite une discussion. Mais, pour ce qui est des enveloppes globales, qui d'ailleurs ont été révélées... Ce n'est pas les députés qui les ont révélées, en passant, c'est la session publique du conseil d'administration de l'agence régionale qui a d'abord eu lieu et qui en a fait état, et par la suite il y a eu les communiqués. On pourra bien sûr donner toutes les enveloppes régionales globales, mais ça n'éclairera pas beaucoup sur la ventilation intrarégionale, quant à l'attribution aux différents programmes. Mais on sera heureux de le communiquer, M. le Président, d'ici la fin de la commission.

Mme Harel: ...M. le Président, le même traitement, pour les membres de cette commission, qu'ont obtenu les ministres régionaux à l'effet de ventiler par grandes composantes les coûts de système spécifiques, les développements des nouveaux services, etc. Alors, je demande au moins le même traitement.

Le Président (M. Copeman): Si j'ai bien compris, Mme la députée, vous souhaitez le dépôt de ces communiqués de presse là?

Mme Harel: Oui. Oui.

Le Président (M. Copeman): Alors, dès qu'ils me sont transmis, on va...

M. Couillard: On est d'accord. Puis c'est toutes des bonnes nouvelles d'ailleurs pour la population, c'est excellent de déposer ces communiqués-là.

Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois (suite)

Mme Harel: Alors, M. le Président, j'ai hâte de voir celui de Montréal, puisque le ministre va à la fois annoncer des développements de nouveaux services... Et, contrairement à l'an passé où nous avons cru à cette annonce, je voudrais également, en même temps, qu'on rappelle que 50 % de ces nouveaux services annoncés ne seront pas réalisés parce qu'il va faire la ponction pour faire en sorte que les autres régions obtiennent des montants.

Et je rappelle au député de Saint-Jean, M. le Président, et au ministre tantôt qui parlait de la Montérégie que le gouvernement précédent, en une seule année, a injecté plus d'argent en Montérégie pour corriger l'inéquité interrégionale que l'actuel gouvernement en trois années budgétaires. Et je rappelle que l'écart, s'il est maintenu à 5 % de réduction pour corriger l'équité, c'est sur 20 ans que finalement ce correctif va se réaliser.

M. Couillard: Bien, je vais répondre à ça...

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

M. Couillard: ...parce que, moi non plus, je n'abandonnerai pas jusqu'à la fin du mandat, en souhaitant que je garde la même critique, parce que je dois dire que c'est intéressant, les discussions qu'on a. Puis évidemment ça relève du chef de l'opposition, et bien sûr, moi-même, qui sait, si le premier ministre voudra me garder sa confiance — je l'espère de tout coeur — à la Santé et aux Services sociaux?

Déficit du réseau de la santé (suite)

Mais la question du 900 millions, elle ne disparaîtra pas parce que ce n'est pas le fait d'avoir épongé le déficit, c'est le fait de ne pas avoir fait autre chose avec l'argent, un; deuxièmement, de ne pas avoir mis en place des mesures structurantes pour remettre l'équilibre budgétaire des hôpitaux. Parce que les déficits autorisés, c'est le Parti québécois qui a inventé ça, parce qu'ils ont adopté la loi antidéficit sans mettre en place des mesures structurantes de gestion correcte pour amener l'équilibre budgétaire imposé cependant par la loi. Alors, quelles sont ces mesures structurantes? D'abord, c'est des indexations entières, incluant l'indexation spécifique, incluant le rehaussement progressif des bases budgétaires sur la base d'engagement de services et finalement le financement des nouvelles installations. Si on ne met pas ça en place en même temps qu'on injecte une somme pour éponger les déficits, on peut calculer mathématiquement que les déficits vont se reproduire. On peut même dire au million près combien sera le déficit année après année parce qu'on a oublié de poser ces gestes structurants et ces gestes importants.

Accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire québécois (suite)

La question de l'équité interrégionale, je vais y revenir parce que c'est important, il y a une grande différence entre une manoeuvre d'une fois, l'injection à une reprise sans philosophie sous-jacente, sur la base de je ne sais quel critère, sans plan concerté avec toutes les régions pour corriger l'inéquité, sans financer l'indexation complètement, sans financer les nouvelles installations... De toute façon, il est probable que les citoyens de Montérégie n'ont rien vu de cet argent-là, parce que, compte tenu qu'il fallait colmater les brèches apportées par l'absence des mesures structurantes dont je viens de parler, il n'y a pas grand services qui ont dû être développés en Montérégie malheureusement avec ces sommes-là pour exactement les mêmes raisons.

Pour ce qui est des développements maintenant à Montréal, une région qui, je le répète, n'est pas riche mais

considérée relativement en excès de ressources, par exemple, par rapport à la Montérégie, c'est une grave erreur de dire que, parce qu'il y a 50 % des développements, il y aura 50 % de moins de développement de services. C'est ce genre de raisonnement linéaire là qui conduit le système de santé à sa perte. C'est justement sur la base d'ententes de services basées sur l'augmentation de services, l'augmentation de services directs à la population qu'on conclut les ententes avec les agences et que les agences le font avec leurs établissements, et que c'est du devoir de l'Agence de Montréal — en prenant acte de son important accroissement budgétaire, parce que, de loin, ça va être le plus gros accroissement budgétaire, et celui de cette année, et celui de l'an dernier, qu'on a observé au cours des dernières années en termes de services directs — c'est à l'Agence de Montréal de rétablir ses priorités, de réallouer ses fonds et de faire les bons choix.

Parce que la raison pour laquelle l'Agence de Montréal ou la région de Montréal est considérée relativement en excès de ressources par rapport aux autres, c'est qu'il y a eu d'abord la reconduction de budgets historiques avant la redispersion de la population — la même chose s'applique dans la région de Québec et également dans la région nord de Montréal — et également parce qu'on a développé des pratiques qui n'ont pas été remises en question année après année, telles que le recours plus marqué à l'institutionnalisation des personnes âgées à des niveaux de perte d'autonomie plus faible, telles que, dans le domaine de la santé mentale, le recours au milieu hospitalier par rapport au milieu communautaire, par exemple à Chaudière-Appalaches où je suis allé — la députée de Lotbinière est familière bien sûr avec cette région — où les soins de santé mentale sont presque entièrement décentralisés et délocalisés dans le milieu communautaire...

Une voix: ...

M. Couillard: Elle dit qu'elle est du Centre-du-Québec. Alors, je m'excuse, je pensais qu'elle était de Chaudière-Appalaches.

Mme Roy: Les deux, les deux. Mais, moi, je suis Centre-du-Québec.

• (12 heures) •

M. Couillard: Les deux, alors... En tout cas, dans le Centre-du-Québec, c'est beau aussi, ça va bien. Donc, des choix historiques qui doivent être remis en question. Et, si on ne fait pas ça, il n'y aura jamais de remise en question. Pourquoi est-ce que les gens qui gèrent le système de santé à Montréal changeraient leur façon de faire si, de toute façon, ils sont assurés, année après année, de ne pas avoir à le faire en termes, je dirais, de mode de gestion ou d'allocation budgétaire? La Montérégie, la raison pour laquelle elle est en sous-financement relatif, c'est, d'une part, parce qu'on n'a pas tenu compte des déplacements de population — on a bâti des budgets historiques à l'époque où le gros de la population était concentré sur l'île de Montréal — et, deuxièmement, parce qu'il y a eu des choix en Montérégie qui sont différents des choix de Montréal. Le taux d'institutionnalisation en Montérégie, selon les renseignements récents que j'ai vus, c'est 3,1 % pour les personnes âgées. Tellement qu'il y a des personnes âgées qui sont parfois référées de Montréal en Montérégie, parce qu'elles viennent

de Montérégie, pour être hébergées en institution, puis les gens de Montérégie disent: Non, nous, ce genre de personne là, on ne l'institutionnalise pas, on donne des soins à domicile, on la met dans une ressource alternative d'hébergement.

Et ce genre de situation là, c'est ça qu'il faut corriger. Et, je regrette, il n'y a pas d'autre façon de le corriger que par un nouveau mode d'allocation, et nouveau mode d'allocation, je le rappelle, qui ne coupe pas les régions. Il n'y a aucune région qui a de coupes budgétaires, tout le monde voit ses budgets s'accroître, parce que la correction est uniquement faite sur la base de développement, une fois que toutes les indexations ont été accordées. Et ce n'est pas vrai, ce n'est pas correct de dire qu'il y a une relation linéaire entre le pourcentage de développement budgétaire et le pourcentage de développement de services, parce que, si c'était ça, là, le système de santé est ingérable, il n'y a pas moyen de rien améliorer. Il faut vraiment se baser sur les résultats cliniques et stimuler la remise en question des pratiques.

On peut se mettre la tête dans le sable et dire que tout est beau, tout a toujours été correct dans le fond, puis on continue comme avant, puis on laisse la Montérégie sous-financée, puis on laisse Montréal continuer ses pratiques comme elles ont toujours été faites, et, à ce moment-là, on va se ramasser, dans 10 ans, 15 ans ou même avant, devant le mur, parce que, là, on va être rendus à un niveau où il sera trop tard, où les changements seront impossibles à apporter. Puis déjà ils sont difficiles maintenant parce que ça fait plusieurs années que ça fonctionne comme ça. Alors, c'est la raison pour laquelle on va de l'avant et on va continuer à aller de l'avant. Et je serais même prêt à parier, M. le Président, que, dans l'hypothèse très improbable, très improbable où une autre formation politique, au cours des prochaines années, occupe le gouvernement, je serais même prêt à parier que la même politique de correction d'inéquité va être poursuivie et prolongée, parce qu'elle est logique et rationnelle.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Alors, M. le Président, quoi qu'en dise le ministre, M. le Président, lui ne rembourse pas les déficits qu'il autorise, mais il les impute, là, pour tout de suite aux limbes, c'est sur la corde à linge, là. Mais, un jour, M. le Président, ce 1,2 milliard de déficit hors périmètre comptable sur lequel les établissements ont à payer des intérêts, puisque le Conseil du trésor a refusé que ces intérêts soient couverts par le gouvernement... Donc, c'est à même leur fonctionnement d'établissements pour rendre des services à la population qu'ils doivent, depuis trois ans, rembourser les déficits qu'autorise le ministre parce qu'il n'a pas l'argent de son gouvernement pour ajouter aux crédits qu'il nous fait voter, pour justement s'assurer que le financement des services ne soit pas fait à crédit.

Alors, je veux bien qu'il y ait un manque de philosophie, là, parce que ce ministre a toujours ça à la bouche, manque de philosophie, mais en Montérégie il y a une réalité, c'est que l'écart a été comblé par 24 millions de dollars en une année par le gouvernement précédent puis que, depuis trois ans, même en calculant le correctif de cette année, c'est 21 millions de dollars que la Montérégie recevra. D'ailleurs, on va préparer un tableau, là, avec toutes les régions pour faire valoir l'état de la situation.

M. le Président, il y a aussi des réalités, là. Le ministre peut tenter avec aplomb... Ça, j'en conviens, il a beaucoup, beaucoup d'aplomb, puis il peut tenter, avec aplomb, de prétendre le contraire, mais il est dit dans ces livres de crédits qui nous sont transmis que les régions dites en surplus auront 50 % de moins de développement, de nouveaux services que les autres. Alors, c'est écrit en toutes lettres dans les livres de crédits.

Nombre d'étudiants en médecine et de médecins

Je voudrais, cette fois, M. le Président, aborder la question des médecins étrangers et également des effectifs, des effectifs médicaux, médecins et infirmières. Je retrouve, à la page 316 du cahier de renseignements, je retrouve la comparaison interprovinciale de toutes les nouvelles inscriptions dans les programmes de premier cycle en médecine, 1996-1997, 2002-2003. Alors, je constate qu'au Québec il y a eu augmentation de 63 inscriptions dans les facultés de médecine en 1999-2000, il y en a eu 37 en 2000-2001, 46 en 2001-2002, 62 en 2002-2003, 55 en 2003-2004 qui avaient déjà été autorisées par le gouvernement précédent, 50 en 2004-2005 et 32 en 2005-2006. Là, je voudrais que le ministre confirme qu'il y aura bien 32 nouvelles inscriptions en 2005-2006 et non pas maintien, comme on le retrouve dans le *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux* déposé la semaine dernière, à la page 38, où on retrouve ceci: «Maintenir les admissions en médecine du contingent régulier à 716 pour 2005-2006 et pour 2006-2007.» Alors ça, il faudrait s'expliquer, là. Qui dit vrai: le plan stratégique du ministère déposé par le ministre, à l'Assemblée, la semaine dernière ou bien les informations contenues dans le cahier des crédits où on nous indique qu'il y aurait donc une hausse de 32 places pour 2005-2006?

Alors, ce que je constate, première constatation, au cours des... Attendez, depuis les six dernières années, depuis les six dernières années, c'est la première fois qu'il y a baisse du nombre d'inscriptions. Je rappelle qu'au cours des six dernières années la hausse a été constante, 63, 37, 46, 62, 55, 50, et, là, on baisserait à 32 ou à zéro si on retient le plan stratégique. Alors, c'est la première fois, là, en six ans. Alors, avec, ma foi, là, le panégyrique... je ne sais comment l'expliquer, la plaidoirie, là, que le ministre fait sur la pénurie, comment peut-il expliquer qu'il n'y aurait que 32 nouvelles inscriptions en 2005-2006, s'il y a 32 nouvelles inscriptions, puisque le plan stratégique parle d'aucune nouvelle inscription pour 2005-2006 et 2006-2007? Bon, première question.

Par la suite, M. le Président, j'aimerais également qu'on regarde, à la page suivante, toujours du même cahier, page 317, alors, qu'on regarde la comparaison interprovinciale du nombre d'omnipraticiens et de spécialistes par 100 000 habitants. Et, là, on se rend compte que la situation totalement, là, indigne que le ministre prétend, bien on est champions, le Québec a toujours le plus grand nombre de médecins spécialistes et d'omnipraticiens par habitant. Pour notre compréhension à tous, si on met ça sur 10 000 habitants, qui est, disons, le quartier dans lequel on vit, il y a 10 omnipraticiens pour 10 000 habitants et 10 spécialistes pour 10 000 habitants, pour un total de 214 spécialistes sur 100 000, alors que les autres provinces, prenez juste l'Ontario, il y en a 34 omnibus et spécialistes de moins

par 100 000 habitants. Alors, de toutes les provinces canadiennes, que ce soit l'Ontario, avec 180 médecins spécialistes et omnipraticiens, Manitoba, 182, Saskatchewan, 152, Alberta, 168, Yukon, 179, Terre-Neuve, 177, Île-du-Prince-Édouard, 137, Nouveau-Brunswick, 155, la province qui se rapproche le plus du Québec, c'est la Nouvelle-Écosse avec 200, et, nous, on en a 214.

Alors, imaginez-vous, si la situation est aussi dramatique, là, que celle que décrit le ministre, hein, on a l'impression, à chaque fois, on se dit, à chaque fois: Comment est-ce qu'il a pu aller exercer en Arabie Saoudite avec une situation comme celle qu'il décrit? Alors, si elle est de la nature de celle qu'il décrit, bien qu'est-ce que c'est dans les autres provinces? On est les champions toutes catégories du nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes par habitant. Et on est dans un contexte où pourtant la porte est pas mal fermée à l'accueil de médecins étrangers.

Le Président (M. Copeman): Si j'ai l'air un peu songeur, Mme la députée, c'est parce qu'on est rendus à 20 minutes déjà. Et vous avez posé certaines questions, si vous souhaitez des réponses...

Mme Harel: 20 minutes déjà?

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: Mon temps est fait. Ce sera pour la prochaine fois.

Le Président (M. Copeman): Oui. De consentement, on peut permettre au ministre...

Mme Harel: Non. Non, pas cette fois-ci. Non. Non.

Le Président (M. Copeman): Pas cette fois-ci. Bon. O.K. Bien, Mme la députée de Lotbinière.

Mme Harel: Il a parlé 10 minutes, hein? Sur le 20 minutes, M. le Président, quel est le temps de répartition? Un instant, vous allez voir. Non. A un moment donné, il ne faut pas abuser.

Le Président (M. Copeman): ...

● (12 h 10) ●

Mme Harel: C'est ça. Il ne faut pas abuser, même des bonnes choses. Alors, sur le 20 minutes de l'opposition, je crois que ça a été partagé moitié-moitié.

Le Président (M. Copeman): Alors, c'est 13 minutes pour Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et sept minutes pour M. le ministre de la Santé et des Services sociaux. Calcul...

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Alors, je pense que Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve a gagné.

Mme Harel: C'est la perception.

Le Président (M. Copeman): Et c'est ça qu'on disait, hein? Parfois, tempus fugit, hein, le temps passe vite,

mais le temps est pas mal invariable sur la planète terre, normalement le temps avance pour tout le monde. Mais là on va aller chez Mme la députée de Lotbinière, puis ensuite on verra.

Mme Roy: Pour un cinq minutes qui va aller rapidement.

Le Président (M. Copeman): Oui.

Répartition des médecins au Centre-du-Québec et rénovation du Centre de santé Les Blés d'or, à Fortierville

Mme Roy: Bien, justement, sur les répartitions d'effectifs pour la partie Centre-du-Québec, M. le ministre, je reviens avec ma question annuelle, qui est aussi la même que l'an passé et que l'autre année, puisque la situation est la même. Le CLSC Les Blés d'or, à Fortierville, M. le ministre, M. le Président, a un problème de médecins. On n'a aucun outil pour répartir les effectifs médicaux dans une région qui est Mauricie et Centre-du-Québec, et puis ce CLSC là est toujours dans une situation précaire, il manque de médecins, on risque de le fermer. Il a été en rupture de service, on a des médecins qui viennent d'un peu partout de façon ponctuelle, qui repartent, il n'y a pas de suivi au niveau des... la situation de ce qu'on... populationnelle.

Maintenant sont arrivées les agences. On a dit: On va réévaluer le dossier. Par contre, ce que Mme Laroche admet et ce que tout le monde sait, c'est que ce CLSC là est une ancienne école, les locaux ne sont pas adéquats. Et, comme vous le dites, c'est un peu le problème de la saucisse Hygrade pour les médecins, il faut que ce soit les deux, qu'il y ait plusieurs médecins pour que ça leur tente de venir, mais aussi les locaux, il faut qu'ils soient effectifs et fonctionnels. Donc, je voudrais vous demander si, dans l'année qui s'en vient, il va y avoir un effort de déployé au niveau des budgets d'immobilisations pour que puisse arriver ce qui a été promis il y a longtemps, la rénovation de ce CLSC là.

M. Couillard: Oui. Merci, M. le Président.

Mme Roy: En vous mentionnant que la population, là, chacun des conseils municipaux de la MRC a porté à mon attention beaucoup de résolutions. Je sens, là, que l'impatience gagne la population.

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

M. Couillard: Oui. Effectivement, la pénurie de médecins... Puis on y reviendra tantôt parce que je n'ai pas pu répondre malheureusement, parce que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve essaie d'effacer les traces, effacer les traces de ce que Jean-Robert Sansfaçon appelait lui-même la plus grande erreur du Québec contemporain, la combinaison des mises à la retraite et des diminutions d'entrées en médecine. On donnera plus d'explications tantôt. Et même M. Bouchard, l'ancien premier ministre, a reconnu que c'était une erreur. M. Legault, dans son document, dit que c'est une erreur... le député de Rousseau, pardon. Il y en a d'autres également. Et il va falloir, un jour, faire face à la réalité, puis la réalité, elle ne s'effacera pas. Puis on donnera les explications sur les éléments qu'a apportés la députée

d'Hochelaga-Maisonneuve parce qu'ils sont importants et intéressants. L'un d'entre eux, c'est la répartition.

Mme Roy: M. le Président, c'est parce que j'ai cinq minutes, j'ai posé une question, et on me fait la réponse à...

M. Couillard: Oui, je vais...

Mme Roy: À moins que, de consentement, on puisse permettre d'avoir la réponse à ma question, s'il vous plaît.

Le Président (M. Copeman): Bien, Mme la... écoutez...

Mme Roy: C'est une question de pertinence aussi.

Le Président (M. Copeman): Non, je comprends. M. le ministre a commencé, et je ne trouvais pas abusif, à ce moment-là... Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Mais je comptais en venir là, Mme la députée. Il s'agit de me laisser compléter ma réponse, et ça va venir. Donc, la Mauricie—Centre-du-Québec, parce que, nous, on gère les effectifs de façon rigoureuse et équitable pour les régions, c'est en fait la région où il y a eu le plus d'ajout net de médecins omnipraticiens dans tout le Québec compte tenu des besoins. Parce que, nous, on gère en fonction des besoins et non pas en fonction des distances en kilomètres, alors, effectivement, l'augmentation est importante. Maintenant, on a 65 nouveaux médecins nets pour tout le Québec parce qu'on paie pour les erreurs des années quatre-vingt-dix actuellement. Alors, il n'y en a pas beaucoup à distribuer, puis on fait le mieux qu'on peut, et on distribue de façon la plus équitable possible.

Pour ce qui est de la rénovation de votre CLSC, il faut d'abord que ce soit une priorité régionale. Moi, je veux bien. Si, l'an prochain, dans le plan d'immobilisations, l'agence régionale nous indique que c'est la première priorité de la région de rénover cette installation-là, on va être heureux de compléter les travaux. Je ne sais pas à quel stade de développement ce projet est rendu, parce qu'il faut savoir... Bien, c'est-à-dire que des fois on dit: C'est fini. Ça, c'est une affaire que j'entends le plus souvent: C'est sur votre bureau. Et je regarde en arrivant, puis il n'est pas sur mon bureau. Parce qu'il y a plusieurs phases de développement dans les projets immobiliers: il y a d'abord le plan fonctionnel et technique, ensuite il y a la mise à l'étude du plan et devis préliminaires, ensuite il y a l'exécution. Alors, je ne sais pas dans quel stade il est rendu, votre projet.

Mme Roy: L'exécution, semblerait-il.

M. Couillard: Bien, on vérifiera, puis, l'an prochain, il s'agit que l'agence nous donne le signal très clair que c'est une priorité régionale, et on suivra.

Mme Roy: Merci.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

Nombre d'étudiants en médecine et de médecins (suite)

M. Bernard: Merci, M. le Président. Écoutez, ça me fait plaisir de donner l'opportunité au ministre de compléter sa réponse sur les augmentations des cohortes en médecine, le recrutement de médecins étrangers, parce que c'est un volet que je voulais aborder au sein des régions et que c'est des mesures pertinentes. Alors, M. le ministre, si vous voulez compléter votre réponse, puis après ça je reviendrai à ma question initiale.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, sur les inscriptions en faculté de médecine.

M. Couillard: Bien, je vais compléter ce que je disais un peu plus tôt. Puis, là-dessus, je référerai les collègues et le public à un document que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve avait déposé le 4 novembre 2003, je crois — je l'ai déjà ressorti, puis on le redéposera à plusieurs reprises s'il le faut — qui montre bien la profondeur à laquelle on a diminué les entrées en médecine. Et, comme ça prend sept ans pour faire diplômé un médecin omnipraticien, 10, 11 ans pour un spécialiste, ça explique que les nouveaux médecins disponibles ne soient pas nombreux, et c'est là toute la clé de la réponse aux interrogations de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Pourquoi les nouveaux médecins, c'est important? Parce que les autres sont déjà installés, puis ils sont déjà installés à des endroits parce que les plans d'effectifs n'ont pas été gérés de façon rigoureuse au cours des dernières années. Les chiffres montrent qu'on a laissé la majorité des médecins, au cours des dernières années, s'installer dans les régions urbaines et on a défavorisé les régions, particulièrement les régions intermédiaires. Les régions périurbaines ont été particulièrement défavorisées par cette approche-là. Puis d'ailleurs on a plusieurs témoignages concrets des régions qu'ils sont très satisfaits, entre autres la Mauricie, le Centre-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue, très satisfaits de la façon dont on gère les plans d'effectifs.

Maintenant, pour les médecins étrangers, je donne un élément de comparaison. Vous savez, ces médecins qui sont diplômés hors Canada et États-Unis, la route est assez longue, hein? Puis d'ailleurs un des comités du Forum des générations, c'est d'accélérer la reconnaissance des diplômes étrangers. Il faut passer un examen du Collège des médecins, ensuite il faut aller en stage, ensuite il faut passer un autre examen, passer l'examen de français, et tout ça fait en sorte que la route est assez longue. Mais, lorsque les gens sont bien encadrés, ils réussissent. Par exemple, on a mis en place des ateliers et des groupes d'étude pour préparer l'examen du Collège des médecins, le taux de succès est passé de 27 % à 42,5 % globalement. Mais, si on prend les gens qui ont eu les ateliers et les groupes d'étude, le taux de succès est de 62,5 %. Donc, c'est un élément très important qui aide les médecins étrangers qui sont chez nous à se présenter et à réussir aux examens.

Maintenant, un autre chiffre qui est intéressant, c'est le nombre de diplômés hors Canada, États-Unis qui sont inscrits en résidence. La résidence, c'est le nombre d'années, après la faculté de médecine, où on se destine

soit à la formation en médecine de famille soit à la formation en médecine spécialisée. Et là-dessus les chiffres sont éclairants: en 2002-2003, il y en avait cinq; en 2003-2004, 30; 2004-2005, 55; 2005-2006, ce qui est prévu, 58. Donc, l'accueil de médecins étrangers dans nos programmes de résidence... et évidemment le chiffre est encore petit, il faut augmenter, mais il est sans commune mesure avec ce qui était fait auparavant. En fait, c'est 10 fois plus. Mais, comme il s'agit de petits nombres, je n'abuserai pas des comparaisons arithmétiques. Mais on est passés de cinq à près de 60 en l'espace de quelques années.

Et là-dessus il faut également compter sur la présence de ces médecins étrangers chez nous en plus grand nombre au cours des prochaines années. Et c'est d'ailleurs, combiné aux cohortes déjà autorisées dans le contingent régulier, l'ajout de ces cohortes-là de médecins étrangers, plus les nouvelles cohortes qui sont installées à Trois-Rivières et éventuellement en Sagamie avec l'Université de Sherbrooke, qui va nous permettre d'atteindre le chiffre souhaité de près de 750 médecins de plus en formation, comme on l'avait dit au cours de la campagne électorale. Donc, on innove également non seulement sur la façon dont on encadre nos candidats médecins étrangers, la façon dont on les accueille dans les programmes de résidence et également sur les façons de former les médecins, où on insiste beaucoup plus sur la formation en région.

Maintenant, pour la question de la statistique du nombre de médecins par habitant, le problème, c'est exactement ça qu'on a utilisé comme raison d'envoyer les médecins à la retraite et de couper les postes en faculté de médecine de 1995 à 1998. Il y a un groupe d'experts qui a dit au gouvernement: Regardez, il y en a trop, de docteurs, ça coûte cher, les médecins, envoyez-en à la retraite, il n'y a pas de problème, puis diminuez la formation, puis le Québec ne s'en portera pas plus mal. Et à l'époque on... D'ailleurs, toutes les provinces canadiennes ont eu le même mouvement, mais le Québec a insisté très lourdement. Alors, les courbes démontrent très bien... d'ailleurs, la courbe même déposée par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, du 4 novembre 2003, compare l'Ontario et le Québec, et le niveau de fermeture de postes d'entrée est sans aucune mesure entre ce qui a été fait au Québec par rapport à ce qui a été fait en Ontario, et on a maintenant les conséquences de cette erreur dramatique, encore une fois, que plusieurs ont reconnue.

● (12 h 20) ●

Mais, au-delà du nombre de médecins par habitant — et c'est ça qu'il aurait fallu faire comme réflexion, et à l'époque le Collège des médecins avait averti le gouvernement que c'est ce qui arriverait — il faut tenir compte de facteurs tels que le style de pratique, la démographie médicale et le lieu d'installation. Et, si on avait ajouté ces éléments au simple ratio par habitant de médecins... Parce que, si c'était vrai, là, que ça va bien, il y aurait des médecins partout, là, Mme la députée de Lotbinière ne serait pas à me demander des médecins pour son village, puis à gauche et à droite, parce qu'ils n'ont pas été répartis adéquatement, équitablement, premièrement; deuxièmement, parce qu'on n'a jamais prévu les impacts du changement démographique des médecins, notamment la féminisation, les impacts en termes de demandes de soins, de vieillissement de la population qui est plus marqué au Québec qu'ailleurs. Et il y a là effectivement un

paradoxe québécois, qu'on a le taux de médecins par population un des plus élevés au Canada et par contre qu'on est une des provinces où on parle le plus de pénurie de médecins. Vous avouerez avec moi que c'est paradoxal. Alors, il faut présumer que les habitudes de pratique sont différentes dans les autres provinces, que la répartition a été plus équitable dans les autres provinces et qu'on a tenu compte de ces facteurs-là dans les politiques d'attribution des places d'installation pour les médecins en particulier.

Je veux terminer avec la question de l'Arabie saoudite parce que ça fait quelques fois que la député d'Hochelega-Maisonneuve, qui est une personne que j'apprécie beaucoup cependant, je tiens à le dire, là, puis... Je ne descendrais jamais avec elle sur des considérations touchant la vie personnelle des gens. Si elle veut que je fasse sa biographie privée, on la fera, là, puis elle la publiera, puis on la discutera à l'Assemblée nationale. Mais ce que je veux dire par contre, c'est que, moi, j'encourage tous les jeunes professionnels québécois, que ce soient les médecins, les ingénieurs ou d'autres, de profiter de deux ou trois années d'expérience internationale. C'est quelque chose qui forme le caractère, qui donne de l'ouverture sur le monde, et ça évite par la suite de se limiter à des options politiques de repli sur soi et de fermeture telles qu'on a au Parti québécois, un.

Deuxièmement, je suis revenu de l'Arabie saoudite en 1996 pour trouver le système de santé pire que je l'avais laissé en 1992. Parce que, moi, je suis revenu avant les mises à la retraite, avant les fermetures de facultés de médecine, puis je peux vous dire que, quand j'ai vu partir de mes salles d'opération les infirmières les plus expérimentées du jour au lendemain, quand j'ai vu partir les médecins dans la cinquantaine, dans la soixantaine qui étaient les plus expérimentés pour encadrer les plus jeunes, ça a été l'effet d'un désastre dans le système de santé, alors... Mais je ne suis pas retourné, je ne suis pas retourné en Arabie saoudite, je suis resté au Québec puis je me suis dit notamment que, compte tenu de cette situation-là, le système de santé, qui est une grande richesse collective des Québécois, il fallait qu'il y ait des gens qui fassent l'effort de se consacrer au service public quelques années, comme tout le monde ici fait des deux côtés de l'Assemblée nationale. Et, si on veut revenir sur la question que j'ai passé quatre ans à l'étranger, bien peut-être qu'il y en aurait plus du côté du Parti québécois qui devraient aller faire des séjours à l'étranger, ça leur élargirait les horizons, ça leur donnerait de nouvelles idées, et puis ils seraient encore plus productifs pour notre société.

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

M. Bernard: Oui. Merci, M. le Président. Pour ajouter aux propos du ministre, moi, j'étais allé passer quelque temps en Ontario, au Manitoba, j'ai vu le reste du Canada, puis aussi ça m'a... C'est très bénéfique de reconnaître qu'est-ce qui se passe ailleurs, et ça me permet de mieux apprécier notre pays.

Projet pilote d'infirmières praticiennes

Vous avez ouvert la porte aussi, vous avez mis la table au niveau des infirmières. Parce que les décisions de 1996-1997... Il y a plus de 50 infirmières qui sont parties, en Abitibi-Témiscamingue, 15 médecins puis 200 autres

professionnels et employés. J'ai des amies infirmières et je peux vous dire que la tâche de travail est très difficile, parce que, suite à tous ces départs-là, la charge de travail a été augmentée, M. le Président, et il y a eu beaucoup de congés maladie suite à la pénurie d'infirmières que subissent les régions. On parle beaucoup des médecins, mais on a tendance à oublier les infirmières, où la pénurie est aussi importante.

Et ça m'amène, à ce moment-là, à des propos de M. le ministre puis son intérêt... On en parle beaucoup en région, chez nous, on a une demande de projet pilote en Abitibi-Témiscamingue pour l'infirmière praticienne. C'est un dossier que M. le ministre, dans son introduction, a parlé, qu'il y a eu, entre autres, un programme de 9 millions de dollars annoncé en 2003. Il parle également, bientôt, des premières diplomations et qu'éventuellement la mise en place d'un projet pilote. On parle de réorganisation du travail pour améliorer le réseau de la santé, puis définitivement que les infirmières praticiennes vont jouer un rôle majeur. Alors, j'aimerais beaucoup, à ce moment-là, que le ministre, surtout pour les gens de l'Abitibi-Témiscamingue qui nous écoutent et que c'est un dossier très prioritaire pour ma région, mais également pour le Nord-du-Québec... j'aimerais que le ministre refasse le point sur l'avancement de ce dossier-là, sa vision et vers où qu'on s'en va, M. le Président.

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

M. Couillard: Oui. Merci, M. le Président. On veut effectivement... Il y a des avantages stratégiques à vivre une situation de pénurie de personnel — on va être surpris de l'entendre, mais c'est le cas — ça nous donne l'occasion et l'impulsion nécessaire pour reprendre et repenser les façons de faire, et notamment la répartition des tâches entre les divers professionnels, répartition des tâches qui, il faut le dire, a été facilitée par l'adoption de la loi n° 90 par l'ancien gouvernement. Je pense que je suis rendu à mon cinquième élément de félicitation, là, quelque chose comme ça, là, et j'espère qu'on arrivera à égalité d'ici la fin de l'étude des crédits.

Donc, la progression du rôle de l'infirmière, elle se fait de deux façons, dans deux secteurs. D'une part, du côté des infirmières qu'on appelle spécialisées, où ces infirmières sont en formation, on a ajouté, comme M. le député l'a mentionné, des crédits pour la formation de ces infirmières-là dont les premières vont bientôt être disponibles dans certaines spécialités, dont la néonatalogie, la néphrologie et la cardiologie tertiaire, de sorte que, là, on a un premier pas. Il y a des gens en oncologie qui sont très intéressés à avoir des infirmières spécialisées. Ça a du bon sens également, en oncologie, d'avoir des infirmières de ce niveau-là, et j'espère que c'est une tendance qui va s'accroître.

Pour l'infirmière de première ligne, je dois dire que c'est un projet qui me tient, moi, particulièrement à coeur parce que je suis persuadé que ce n'est pas menaçant pour les médecins; au contraire, c'est une collaboration qui peut être extrêmement productive, extrêmement intéressante, qui leur permette de se concentrer sur les tâches relevant de leur niveau d'expertise propre et établir toute cette nouvelle ambiance de collaboration interdisciplinaire qu'on veut voir s'établir au Québec.

Là-dessus, je dois dire que je suis très encouragé par les signaux donnés par les représentants de la formation

médicale. Ce n'est pas un secret de Polichinelle de dire qu'historiquement il n'y a pas eu particulièrement d'ouverture sur cette question-là au cours des dernières années, mais, au cours des derniers mois particulièrement, il y a eu une ouverture que je qualifierais de très significative et de très constructive de la part de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Collège des médecins, de même que de l'Ordre des infirmières, et ils sont actuellement en travaux très intenses sur la question.

On sait que votre région, M. le député, la région de l'Abitibi, celle de l'Outaouais, la région Centre-du-Québec sont disposées et intéressées particulièrement à recevoir des infirmières praticiennes de première ligne. Le projet qui semble le plus près en termes de concrétisation, c'est celui de l'Abitibi-Témiscamingue, alors c'est celui sur lequel il faut vraiment se concentrer. Et idéalement j'aimerais qu'on en fasse le premier projet pilote d'introduction de l'infirmière praticienne, là, au Québec, et je pense qu'on peut être assez optimistes pour dire qu'on est dans la bonne direction pour le faire. Je m'abstiendrais de donner maintenant un échéancier trop précis, de crainte de mettre trop de pression sur nos personnes qui sont actuellement en train de converser, déjà qu'elles font des progrès. Mais il faut, je pense, les féliciter de le faire. Par la suite, on verra à étendre le projet pilote à d'autres régions, modifier le cadre législatif, s'il le faut, pour permettre que ce soit fait de façon plus efficace.

Moi, il y a des expériences dont j'ai été témoin qui m'ont vraiment convaincu du bien-fondé de cette mesure-là. D'abord, ce qui existe déjà dans le groupe de médecine de famille, c'est intéressant, les infirmières peuvent déjà travailler beaucoup plus activement avec les malades qu'auparavant dans le cadre d'un groupe de médecine de famille. J'étais allé, par exemple, visiter le Groupe de médecine de famille des Basques à Trois-Pistoles où j'avais rencontré l'infirmière qui s'occupait du suivi des diabétiques et de certaines clientèles, c'était très apprécié par les personnes. Et franchement il n'y avait pas besoin d'être le médecin pour faire ce travail-là, et le médecin pouvait vraiment se concentrer sur la consultation pour les nouveaux malades et le suivi de cas plus compliqués.

Quand je suis allé dans les régions nordiques également où, pour des raisons différentes, dans certains centres hospitaliers ou dispensaires des régions nordiques, la presque totalité des gens sont d'abord évalués par une infirmière, pour régler la plupart des problèmes de santé courants. Et c'est fait avec l'accord des médecins, qui sont d'ailleurs assez nombreux dans ces dispensaires-là. Et tout le monde s'en déclare très satisfait, et on me disait, ce serait à vérifier, mais on me disait que les infirmières praticiennes règlent en général 50 % à 60 % des cas qui se présentent à la salle d'urgence, «règlent» voulant dire soit trouver une solution pour un problème mineur, soit trouver un rendez-vous très rapide avec le médecin ou un spécialiste pour une consultation, mais ça améliore certainement le système.

Une fois qu'on aura fait ou en même temps qu'on fait ce progrès dans le rôle de l'infirmière, il faut également que les infirmières, comme corps professionnel, réfléchissent à la nécessité pour elles aussi de se concentrer sur leurs tâches professionnelles véritables. Ça veut dire qu'il faut se préparer, du côté des infirmières, si on fait des gains ce que j'appellerais vers la droite, du côté des médecins, de faire des concessions vers la gauche et de

laisser, par exemple, les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires jouer un rôle accru dans la dispensation des soins. Parce que, lorsqu'on regarde les statistiques sur la pénurie des infirmières, les statistiques qui nous sont présentées ces jours-ci dans les journaux, il est clair que le Québec ne sera jamais capable de former, ou d'attirer, ou de recruter le nombre de milliers d'infirmières qui, on nous dit, vont être nécessaires au cours des prochaines années. La solution à ça, c'est de tirer parti de cette période, là, d'inquiétude pour recentrer nos façons de faire, redistribuer les tâches et s'assurer que les infirmières, lorsqu'elles seront introduites dans notre système de santé, soient vraiment concentrées sur leur rôle professionnel et que tout soit bien équilibré entre les médecins, l'infirmière et les autres participants au système de santé.

Alors, pour conclure, M. le Président, moi, je suis très optimiste que ce projet pilote va voir le jour. Je serais même heureux de le voir commencer parce que je suis certain que la population de votre région va être extrêmement satisfaite et les médecins, au premier chef, de votre région vont être extrêmement satisfaits de l'introduction de cette nouvelle façon de faire.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Compte tenu de l'heure, j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 12 h 30)