



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 10 mai 2006 — Vol. 39 N° 26

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (6): 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 10 mai 2006 — Vol. 39 N° 26

Table des matières

Santé	1
Discussion générale (suite)	1
Stratégie de réduction des maladies nosocomiales	1
Liste d'attente pour une chirurgie bariatrique	4
Cibles chirurgicales en cardiologie tertiaire	5
Bilan de la situation en matière de dons d'organes	6
Suivi donné aux recommandations du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins de santé	8
Respect par les établissements de santé de l'obligation de produire un registre des accidents et des incidents	9
Évaluation de l'état de vétusté des hôpitaux et plan de mise aux normes	11
Indexation des prestations des personnes contaminées au VIH par suite d'une transfusion sanguine	12
Intentions concernant les demandes de la municipalité de Bernierville au sujet de l'Hôpital Saint-Julien	13
Actions entreprises pour prévenir les risques de pandémie de grippe aviaire	14
Scénarios budgétaires en cas de pandémie de grippe aviaire	15
Utilité de la thérapie hyperbare et orientations relatives à ce type de traitements	15
Amélioration des soins aux aînés en perte d'autonomie	16
Services ambulanciers en région	18
Impact de l'augmentation du nombre de greffes d'organes sur le budget des hôpitaux	22
Bilan des mesures visant à améliorer l'accès aux soins en région	23
Stratégie de mise en œuvre de la Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives	25
Équité interrégionale dans le financement des services de santé	26
Intentions concernant l'Hôpital chinois de Montréal	30
Offre de bilans de santé payés par les patients pour accélérer l'obtention d'un rendez-vous avec un médecin	30
Mesures de soutien contre le stress pour le personnel soignant dans les établissements du réseau de la santé	30
Remarques finales	31
M. Jean-Pierre Charbonneau	31
M. Philippe Couillard	32
Mme Diane Legault	32
Adoption des crédits	32
Documents déposés	32

Autres intervenants

M. Camil Bouchard, vice-président
M. Jean-Pierre Paquin, président suppléant

Mme Sylvie Roy
M. Pierre Reid
Mme Yolande James

Le mercredi 10 mai 2006 — Vol. 39 N° 26

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (6): volet Santé*(Neuf heures trente-six minutes)*

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, si vous permettez, je constate le quorum. Je vous rappelle que la Commission des affaires sociales est réunie afin de compléter l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2006-2007.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, Mme Charest (Rimouski) va être remplacée par M. Charbonneau (Borduas).

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Merci. Alors, pour la bonne marche des travaux, je vous rappelle de mettre hors tension les cellulaires et téléavertisseurs pour celles et ceux qui en font usage, s'il vous plaît.

Santé

Nous avons un total de 20 heures, une vingtaine d'heures, 20 heures de discussion sur le portefeuille ministériel. Il nous reste trois heures à faire. Nous avons un retard d'à peu près 40 minutes et convenu, après d'intenses négociations, sur une nouvelle répartition du temps, si bien que, ce matin, l'opposition disposera d'un premier bloc de 20 minutes; le côté ministériel, 20 minutes. Ensuite, un bloc de 30 minutes à l'opposition, 20 minutes du côté ministériel, un nouveau bloc de 30 minutes à l'opposition et ensuite des séquences de 20 minutes jusqu'à 12 h 28, heure à laquelle nous procéderons au vote. Ça vous convient comme ça?

Discussion générale (suite)

Alors, bienvenue à tout le monde, tous les parlementaires et personnel en séance. La parole est au député de Borduas.

Stratégie de réduction des maladies nosocomiales

M. Charbonneau: Bien, Merci, M. le Président. Je voudrais aborder, ce matin, pour débiter, deux problèmes dont on a déjà fait écho à l'Assemblée, il y a quelque temps.

Une voix: ...

M. Charbonneau: Oui, est-ce que ça va mieux au niveau du son?

Alors, je voudrais parler d'abord du dossier des maladies nosocomiales et puis, après ça, du problème des erreurs médicales. Il y a un lien entre les deux, vous allez le voir, M. le Président.

D'abord, au niveau des infections hospitalières, qu'on appelle aussi infections nosocomiales, on a déjà

abordé cette question-là à quelques reprises, à l'Assemblée, au cours des derniers mois, mais pas d'une façon intense. Sauf que tous les députés, à quelques reprises, ont eu des communications de l'Association pour la défense des victimes d'infections nosocomiales et de son président, le Dr Jacques Besson.

Et je pense qu'il faut voir... C'est que la situation est importante. C'est qu'à chaque année au Québec il y a environ 90 000 patients citoyens qui se retrouvent dans les hôpitaux, qui souffrent de ces infections qu'ils ont finalement contractées à l'hôpital, pour différentes raisons, et près de 4 000 en meurent. Plus de patients meurent d'une infection nosocomiale que d'accidents de la route, du sida et du cancer du sein.

Et ces infections et ces problématiques de santé génèrent des coûts additionnels qu'on évalue à presque 200 millions dans le budget de la santé du Québec. Et toutes les données internationales récentes montrent que 50 % à 85 % de ces infections nosocomiales sont évitables. Les moyens techniques et les protocoles de soins pour les prévenir existent, et ils ont fait la preuve de leur efficacité.

Et cette prévention, selon l'association, est trois à quatre fois moins coûteuse que leur traitement. En éviter 50 % serait chaque année... ce serait chaque année plus de 40 000 victimes et 2 000 décès en moins, pour une économie nette d'environ 70 millions de dollars. Ce sont aussi 600 lits de libérés dans le système de santé, améliorant la situation des urgences et diminuant les listes d'attente.

Il y a eu un rapport d'un comité — il s'appelle le comité Aucoin — en avril 2005. Et on disait à ce moment-là: «Un programme efficace de prévention non seulement s'autofinance, mais permet de générer des économies substantielles pouvant être réinvesties dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins.»

● (9 h 40) ●

Dans ce rapport-là, on demandait: Est-ce qu'il y a un plan triennal de prévention des infections nosocomiales? Et l'association, dans la communication récente qu'elle a fait parvenir à tous les députés le 21 mars dernier, rappelle cette revendication-là. En fait, elle demande trois choses.

D'abord, un plan triennal de prévention des infections nosocomiales. Demandé par le rapport Aucoin, ce plan-là doit prévoir, selon l'association et selon le rapport Aucoin aussi, des objectifs précis, des mesures incitatives et éventuellement coercitives pour les atteindre.

La deuxième requête qui est formulée, c'est la publication régulière du taux d'infection. Ça aussi, ça a été proposé par le rapport Aucoin, et cette information doit être claire et compréhensible pour le public. Celui-ci, c'est-à-dire les citoyens du Québec, là, qui nous écoutent et financent les hôpitaux, ils ont le droit d'être informés sur la qualité et la sécurité des soins qui sont dispensés, qui sont garantis par la loi de la santé et services sociaux.

Et troisièmement, il réclame un programme d'indemnisation sans égard à la faute pour les préjudices subis par les victimes. Les infections nosocomiales sont des accidents médicaux évitables provoqués par une pratique défailante et souvent défectueuse des soins de

santé, et les victimes qui doivent en supporter les dommages physiques et moraux ne doivent pas en plus en assumer les conséquences financières.

Et ce qu'il est intéressant de noter, c'est que le plan qui est revendiqué par l'association, le plan triennal, c'est en fait une espèce de stratégie globale du dépistage. Et ce qu'on constate, c'est que l'adoption de mesures très strictes de prévention des infections a déjà été mis en place dans un certain nombre de pays. Et, par exemple, aux Pays-Bas, cette stratégie, le déploiement d'une stratégie qu'on a appelée Search and Destroy a permis aux Pays-Bas de maintenir la prévalence des infections nosocomiales en dessous de 1 %, comparativement à 44 % au Royaume-Uni, à 20 % en Allemagne puis à 50 % aux États-Unis. Puis, comme j'ai parlé de la situation du Québec, on voit que notre situation n'est pas très reluisante non plus.

Alors, ce que je voudrais voir avec le ministre, par rapport au rapport Aucoin puis aux demandes qui sont formulées par l'Association pour la défense des victimes d'infections nosocomiales: Est-ce que le ministre va finir par acquiescer à cette demande de mettre en place un plan triennal de prévention? Est-ce qu'on a actuellement des objectifs précis, des mesures incitatives qui ont été développées, puis éventuellement est-ce qu'on est prêt à envisager des mesures coercitives également pour atteindre les objectifs qu'on se seraient fixés? Est-ce que le ministre serait d'accord aussi à ce qu'on publie régulièrement le taux d'infections dans les hôpitaux, qu'on ait les statistiques régulières en temps réel? Et, d'autre part, quelle est l'opinion du ministre sur le programme d'indemnisation sans égard à la faute pour les victimes de... en fait, de défaillance du système de santé et de maladies nosocomiales?

Je ne parle pas des erreurs médicales, comme j'ai dit tantôt, je reviendrai sur le dossier des erreurs médicales, qui est un peu complémentaire, mais une erreur médicale, c'est une chose; une infection, on peut penser que c'est une erreur dans le sens où c'est relié beaucoup à des pratiques qui sont défectueuses, un comportement hygiénique des soignants qui n'est pas toujours adéquat, mais aussi à des problématiques de locaux qui peuvent être déficients, etc., mais il y a une nuance. Alors, pour le moment, je voudrais qu'on concentre la discussion sur les infections nosocomiales, puis, comme je l'ai dit, j'aimerais ça qu'on revienne par la suite sur le dossier des erreurs médicales.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Il s'agit d'un dossier bien sûr très important, qui a défrayé l'actualité et qui nous donne l'occasion de montrer comment une situation difficile peut se transformer en succès. Et le Québec maintenant est désigné comme un endroit où on a avec succès lutté, comme aux Pays-Bas d'ailleurs, vous mentionniez les Pays-Bas, mais le Québec maintenant est montré à l'étranger comme un endroit où on a su réagir de façon concertée et efficace contre ce problème des infections nosocomiales.

Maintenant, je voudrais clarifier, d'entrée de jeu, quelque chose que le député de Borduas a mentionné, et je crois que ce n'était pas dans cet esprit-là qu'il le disait. Il est inexact de dire que les infections nosocomiales sont, par définition, des indices de faute du système de

santé, parce que les infections nosocomiales, il y en a partout dans le monde, il y en aura partout, il y en aura toujours; jamais un pays au monde, jamais un système de santé au monde ne va réussir à éliminer les infections nosocomiales. On peut les diminuer à un rythme le plus important possible et diminuer le plus possible, mais on ne peut pas les éliminer. Je pense que vis-à-vis la population qui nous écoute, il faut rester dans le domaine de la réalité et présenter les choses comme elles sont.

Pourquoi les infections nosocomiales augmentent-elles partout dans le monde au cours des dernières années? Il y a d'abord les questions qui ont trait à la population de patients qui est maintenant traitée dans nos hôpitaux. Nous avons de plus en plus des personnes âgées avec des maladies chroniques puis des immunités diminuées, premier élément qui est majeur. Deuxièmement, et, encore une fois, du côté de la pratique médicale, la question des antibiotiques, on le sait, et de plus en plus c'est évident, y compris pour le C. difficile, que la prescription d'antibiotiques à large spectre est étroitement associée au développement d'infections nosocomiales.

Il y a également eu malheureusement, au cours des années, et la preuve en a été faite de façon très nette — et je n'ai pas l'intention de la reprendre, à moins que le député de Borduas me le demande — pendant des années, les coupes budgétaires dans le système de santé ont été particulièrement néfastes pour le programme d'entretien ménager des établissements, et il a fallu qu'on réinvestisse dans le système de santé pour reprendre cette habitude tout à fait fondamentale, je dirais, de l'entretien comme faisant partie de la qualité des services.

Et je rappelle également, et le député de Borduas faisait allusion à la vétusté des lieux, que le montant de maintien d'actifs du système hospitalier au Québec a été multiplié par six par notre gouvernement par rapport à ce qui existait auparavant. Donc, c'est un autre exemple où une action constante au cours des années aurait pu non pas éliminer, parce que le problème des infections nosocomiales ne peut être éliminé, mais aurait pu amenuiser certainement cette question.

Maintenant, le député de Borduas a fait allusion au rapport Aucoin, qui effectivement a été fait il y a quelques mois. Alors que déjà on avait réussi à diminuer fortement le taux d'infection à C. difficile, et on parle d'une diminution au moins de 40 %, je ferais remarquer au député de Borduas et à l'Assemblée, ici, aux collègues qu'on peut trouver, sur le site du ministère, les données sur le C. difficile, et il n'y a pas beaucoup d'États au monde où on peut actuellement trouver ces données de façon publique. Et d'ailleurs c'est intéressant, parce qu'au moment où nous vivions, ici, une crise dans l'opinion publique sur la question du C. difficile, au même moment, dans d'autres pays européens, il y avait des taux trois à quatre fois plus élevés qu'au Québec. Et parce que là-bas il n'y a pas d'information, parce qu'il n'y a pas de divulgation des éléments, ça n'a pas fait l'objet d'une attention publique aussi importante qu'au Québec. Mais nous avons agi, et on sait maintenant que le taux de C. difficile a baissé de façon importante.

Effectivement, le rapport Aucoin est en cours de mise en place, toutes ses recommandations, et je vais les décliner parce qu'il y a beaucoup de questions qui ont été posées par le député de Borduas qui vont trouver réponses. D'abord, et je commence par sa principale

question, le plan d'action provincial, qui intégrera les activités priorisées par le CINQ, qui est le comité des infections nosocomiales du Québec, la table nationale et les recommandations du rapport Aucoin, de même que le rapport du Conseil du médicament, parce qu'on a voulu inclure également la question d'utilisation des antibiotiques dans le plan d'action, va être rendu public d'ici quelques semaines.

Il y a également, et c'est ce que le député de Borduas a mentionné comme étant un plan triennal, c'est un véritable plan d'action provincial, pour la première fois, qui va intégrer tous les aspects de la prévention des infections nosocomiales. Un cadre de référence sera prochainement publié à l'intention des établissements de santé sur la question. Le dépôt du rapport du comité de travail sur la stérilisation a été accompli, il est actuellement à l'étude. Il y a un document de réflexion sur les rôles et responsabilités des autorités de santé publique. Et on sait que, lorsqu'on fait l'historique de... l'histoire malheureuse du C. difficile, ce qu'on constate, c'est que l'alerte n'a pas été sonnée assez tôt. Les gens étaient en concertation d'un hôpital à l'autre, remarquaient sur une base informelle avoir noté une augmentation des cas, mais avant qu'on ait vu la forêt au lieu des arbres, ça a pris un peu de temps, et avant que le signal soit envoyé pour la santé publique également, ça a été l'objet d'un délai. Alors, c'est un élément qui doit être corrigé.

Il y a des actions qui sont à venir également, à part le plan d'action national, qui touchent les éléments d'abord de déclaration. On sait que nous avons mis en place le système de publication régulière pour le C. difficile; nous allons y ajouter deux éléments au cours de l'année qui vient. La déclaration d'infection de cathéters veineux. Alors, ceux qui nous écoutent et qui ont été hospitalisés ou qui ont eu des membres de leur famille hospitalisés savent que parfois les médecins doivent installer des cathéters dans les veines du tronc pour nourrir ou donner des antibiotiques, et que ces cathéters sont souvent le site d'infection. Donc, premier élément, la déclaration et la divulgation du nombre d'infections de cathéters, et, deuxièmement, la divulgation du nombre d'infections à bactéries, qu'on appelle le SARM, S-A-R-M, qui est le staphylocoque résistant à la méthicilline, et également une veille, un système de veille pour dépister toutes les situations inhabituelles autres qui pourraient émerger, comme l'expérience du C. difficile nous l'a appris.

Dans le domaine du soutien scientifique et de la formation, on a diffusé des lignes directrices sur l'hygiène et la salubrité à l'intention des établissements de soins du Québec, des moyens pour assurer l'accessibilité à la formation de base, on a atteint la cible d'infirmières en contrôle d'infections de 1 sur 133 lits pour les hôpitaux de soins aigus, et on est en bonne direction d'atteindre la cible de 1 sur 250 dans les hôpitaux de soins prolongés.

● (9 h 50) ●

Sur la recherche également, il y a également la caractérisation, il y a les travaux de recherche actuellement de la caractérisation des souches de C. difficile circulant au Québec en 2005 et 2006, parce qu'on sait maintenant qu'il s'agissait d'une souche mutante, une souche qui avait une virulence très, très augmentée, et d'autres travaux de recherche techniques, là, qu'il n'est pas utile pour l'Assemblée, pour le comité de connaître, mais qui montrent une attention particulière, dans le cadre du

rapport Aucoin, sur l'aspect de la recherche et du développement des connaissances.

Maintenant, il y a une évaluation qui a été commencée également par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé sur un autre point auquel le député de Borduas a fait allusion, c'est le rapport coût-bénéfice de la lutte contre les infections nosocomiales. Et l'Hôpital Le Gardeur à Montréal en a fait une démonstration éclatante. Et d'ailleurs c'est ce que nous disions. Rappelons-nous, il y a quelques mois, on nous demandait: Mettez 100 millions, mettez 150 millions dans le système de santé pour lutter contre les infections nosocomiales. Nous avons mis de l'argent pour lancer la roue, lancer les travaux dans les hôpitaux, mais nous avons indiqué clairement que, si on lutte et qu'on investit dans un établissement pour prévenir les infections nosocomiales, on va économiser de l'argent, et l'Hôpital Le Gardeur l'a très bien démontré. Donc, c'est une bonne décision administrative en plus d'être une excellente décision sur le plan médical.

Donc, je crois qu'on est dans une direction qui est bonne après bien sûr des années où je ne dirais pas que le problème a été ignoré, mais le problème a été un peu mis de côté dans le système de santé. Mais je voudrais encore revenir sur le fait que les infections nosocomiales, il ne faut surtout pas donner le message à la population qu'il y a des endroits au monde où ça n'existe pas ou que c'est possible de faire en sorte qu'il n'y en ait plus. Non seulement il y en aura toujours, mais il y en aura toujours, peut-être l'année prochaine, ou dans cinq ans, ou dans 10 ans, avec des germes que nous ne connaissons pas actuellement ou des mutations de germes connus qui vont se transformer dans des germes résistants. Alors, il faut que ce soit tout à fait perçu dans l'esprit des citoyens.

Et je termine en rappelant la responsabilité fondamentale des conseils d'administration et des administrateurs. D'ailleurs, le député de Borduas se souvient que, lorsqu'on a adopté la loi n° 83 ici, étudié et adopté la loi n° 83, on a demandé la création spécifique, dans le conseil d'administration, d'une surveillance des infections nosocomiales. Alors, je crois que, sur le plan de la diffusion des bonnes pratiques du plan d'action, de la divulgation également du taux d'infection, de l'aspect de la recherche, de l'enseignement, on est en bonne direction.

J'ai oublié de mentionner également une autre priorité de l'année en cours. En plus de la divulgation des deux autres éléments, des deux autres éléments que sont les infections de cathéter et le SARM, nous avons également donné cette année un signal pour la stérilisation, vérifier les méthodes de stérilisation dans les centres hospitaliers. D'ailleurs, il y aura prochainement une annonce, dans un hôpital, dans un grand hôpital du Québec, de la désignation d'un centre de référence pour la stérilisation afin de servir de base de référence de données, de connaissances dans les cas les plus difficiles.

Je pense donc que, M. le Président, on a fait le tour assez large de la question, mais, si le député de Borduas a d'autres questions plus précises, on est heureux d'y revenir.

M. Charbonneau: Qu'on se comprenne, là. Ce que vous dites, c'est que le plan triennal qui est réclamé, il va être mis en oeuvre, en fait adopté cette année.

M. Couillard: Il est en cours d'élaboration, il va être publié dans quelques semaines. C'est le plan d'action national.

M. Charbonneau: Donc, votre échéancier, c'est quoi, là?

M. Couillard: À partir du milieu de juin et au cours de l'été peut-être. Possiblement avant la fin de la session, là, mais on ne fera pas... on ne bâclera pas le travail pour quelques jours, on va s'assurer que le plan est bien complet.

M. Charbonneau: Est-ce que vous allez prévoir, parce que ce n'était pas clair, c'est ça qui était ma question, la publication régulière du taux d'infection par hôpital?

M. Couillard: Alors, on le fait déjà pour le C. difficile; on va ajouter, cette année, les cathéters et le SARM. Et progressivement, avec les années, on va en ajouter. Il y en a d'autres, bactéries: l'entérocoque résistant, il y a... puis on ne sait pas celles de l'avenir également, mais on a pris les plus fréquentes, là: alors, le C. difficile, pour des raisons évidentes, les infections à cathéter puis le SARM.

M. Charbonneau: Puis qu'est-ce que c'est, le programme d'indemnisation?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le député de Borduas, malheureusement, là, je dois céder la parole à la députée de Lotbinière qui a un droit de parole inscrit dans le bloc, et je reviendrai sur vous s'il reste du temps. Mme la députée de Lotbinière.

M. Charbonneau: Il y a une question à laquelle le ministre n'avait pas répondu, c'est à la question du programme d'indemnisation, là.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): On pourra revenir là-dessus. Mme la députée de Lotbinière.

Liste d'attente pour une chirurgie bariatrique

Mme Roy: Je voudrais aborder ici la question des personnes obèses en attente d'une chirurgie bariatrique. Il faut comprendre que certains ont des problèmes de... certains vivent de l'obésité en raison de leurs habitudes de vie, mais certaines autres personnes ont des problèmes de métabolisme. Et ces problèmes sont diagnostiqués, et ces personnes ne s'en sortiront pas sans opération, sans chirurgie bariatrique.

L'an dernier, j'ai abordé cette question qui m'avait été amenée par une jeune femme de 25 ans, elle représentait un groupe, et depuis elle n'a pas eu son opération, et elle ne l'aura pas non plus dans l'année qui va suivre. Et, pour bien illustrer les problèmes que ça engendre, le délai qu'on attend, le délai d'attente pour ces chirurgies-là, elle a dû s'arrêter de travailler en raison d'une hernie discale, puis d'autres problèmes de santé aussi se joignent à ça. Cette chirurgie-là est nécessaire parce qu'en plus, quand ces personnes souffrent de cette obésité, ils encombrant

les services de santé pour le diabète, pour les chirurgies de genou, de hanche.

Donc, l'an dernier, à votre réponse... la réponse du ministre, M. le Président, c'est qu'il fallait déterminer quelle était la cible de nombre de patients qu'on devrait opérer au Québec. Je demande à M. le ministre s'il a déterminé cette cible-là, quel est le délai médicalement acceptable pour l'attente d'une telle chirurgie. 1 000 personnes étaient sur la liste d'attente et seulement 300 opérations se faisaient par année à l'Hôpital Laval; est-ce que la situation s'est améliorée? Et la stratégie de lutte contre l'obésité, lorsque c'est une question de métabolisme, est-ce qu'il n'y a pas lieu, là, de faire vite et de régler ce problème pour ces personnes?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre.

M. Couillard: Alors, effectivement, c'est, je dirais, malheureusement un problème croissant dans notre société, auquel on aimerait mieux s'adresser par la prévention, mais, par contre, on a également devant nous des personnes qui ont un degré d'obésité si important qu'il faut en venir au traitement chirurgical.

D'ailleurs, j'ai souvent mentionné, dans la discussion sur la garantie d'accès, que la chirurgie bariatrique était un exemple où il faudrait, dans une prochaine étape d'élargissement de la garantie, inclure ce type de procédure là, bien sûr, sans assurance privée parce qu'il s'agit de procédures — il faut le rappeler pour la population qui nous écoute — qui ne sont pas bénignes, ce n'est pas de la petite chirurgie, sans jeu de mots, là. C'est de la chirurgie qui est complexe chez les malades qui sont potentiellement sujets à des complications multiples. Et il y a même un taux de mortalité et de morbidité qui n'est pas énorme mais qui est réel, associé à ces chirurgies-là.

Maintenant, il y a du progrès en termes de nombre de chirurgies, et il faut continuer bien sûr. La députée me demandait la situation à l'Hôpital Laval: en 2001-2002, il y a 135 interventions qui ont été pratiquées; en 2004-2005, 276; et là on n'a pas les statistiques encore de l'an dernier. On a plus que doublé le nombre de chirurgies à l'Hôpital Laval depuis quelques années. À Sacré-Coeur de Montréal, on est passé de cinq chirurgies à 30, donc on a augmenté par six, et dans tous les autres hôpitaux... à l'Hôpital Royal Victoria, on est passé de 123 à 189. Le nombre de chirurgies augmente partout, mais, bien sûr, la demande augmente partout parce qu'on sait que l'obésité est un problème qui augmente.

Alors, on va continuer, cette année, le développement de ces services-là. On est actuellement en fin de travaux sur l'orientation des organisations de services en chirurgie bariatrique, mais qui pourra être accompagnée d'actions concrètes dès la première moitié de l'année 2006, d'abord, par la désignation d'un centre d'excellence, et également, par l'augmentation du volume de chirurgies dans certains hôpitaux. Donc, on est... je crois qu'on est en bonne direction pour augmenter l'accessibilité à cette chirurgie-là.

Je veux juste terminer sur une question qui m'a été posée par la députée, elle a demandé quel est le... Alors, pour prendre cette décision-là, ce n'est pas le ministère qui la prend en isolation, il faut que ce soit fait

avec les médecins concernés et voir s'il y a moyen de s'entendre entre nous sur la cible d'accès. Mais on va commencer, on l'a dit, par déployer la garantie d'accès pour les trois chirurgies que nous avons prévues dans le but d'apprendre au réseau de santé à faire fonctionner une garantie d'accès. Et je dirais que la chirurgie bariatrique est certainement un des domaines où on va devoir agir dans la même direction, mais ça nécessite la revue de la littérature scientifique, le partenariat avec les spécialistes concernés pour définir les délais médicalement acceptables et la façon de gérer la liste d'attente. Et je soupçonne que, dans ce cas-là, il va être particulièrement complexe de déterminer le délai médicalement acceptable.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci, M. le ministre. Désolé. Nous passons maintenant au bloc du groupe ministériel, la députée de Chambly. S'il vous plaît, Mme la députée!

Cibles chirurgicales en cardiologie tertiaire

Mme Legault: Merci, M. le Président. M. le ministre, j'aimerais vous entretenir de cardiologie tertiaire. On sait tous que la maladie cardiaque est considérée comme la principale cause de mortalité au Canada et aux États-Unis, et que l'évolution des technologies nous offre, offre aux patients des possibilités nouvelles. Et j'aimerais que vous nous fassiez état de la situation en regard justement des cibles chirurgicales que nous atteignons et celles évidemment qui sont recommandées par les spécialistes. Merci.

● (10 heures) ●

M. Couillard: Oui, merci, M. le Président. Alors, effectivement, la maladie cardiovasculaire demeure une cause importante de mortalité et de morbidité. Mentionnons cependant qu'au Québec, comme on l'indiquait il y a quelque temps, c'est le cancer maintenant qui devient une cause prédominante de mortalité, alors que la mortalité par maladie cardiovasculaire tend à diminuer quelque peu, mais demeure cependant un problème de santé publique très important.

L'évolution des listes d'attente dans ce domaine est particulièrement intéressante parce que c'est un des domaines où il y a un succès indubitable en termes de réduction des attentes, et en chirurgie cardiaque, et en hémodynamie, et en électrophysiologie. Alors, en chirurgie cardiaque, on sait maintenant que la très, très grande majorité des personnes qui sont opérées dans les délais médicalement requis, et on peut en trouver sur le site Internet, rapport du ministère là, hôpital par hôpital.

Par exemple, la dernière fois que j'ai regardé le site, à l'Institut de cardiologie de Montréal, 95 % des personnes étaient opérées dans les délais. Et je rappelle qu'on a investi récemment pour trois nouvelles salles d'opération à l'Institut de cardiologie. Donc, on est très confiants de pouvoir maintenir l'accessibilité, même continuer à l'améliorer en chirurgie cardiaque.

Il faut également noter que la demande en chirurgie cardiaque, contrairement à d'autres domaines du système de santé, n'est pas dans un rythme de croissance continu. Pourquoi? Parce qu'il y a d'autres techniques de traitement qui deviennent de plus en plus dominantes, nécessairement les techniques par cathéter, ce qu'on appelle l'hémodynamie. Alors, pour les citoyens qui nous écoutent, c'est la

dilatation des artères au moyen d'un ballonnet ou l'installation d'un tuteur, médicamenteux ou pas, qui permet de garder l'artère ouverte sans avoir à pratiquer une chirurgie.

On a également noté que les cas référés en chirurgie deviennent de plus en plus complexes. Il y a moins de chirurgies à faire, mais les chirurgies à faire sont de plus en plus compliquées parce que les malades les moins gravement atteints sont maintenant pris en charge surtout en hémodynamie. Alors, par exemple, il y avait, il y a cinq ans, ce n'est que 22 % des interventions cardiaques qui consistaient au remplacement et à la réparation de plusieurs valves cardiaques, alors que maintenant ça a augmenté à 27 %. Alors, on voit que le degré de complexité augmente continuellement.

On a également noté une augmentation des procédures pratiquées dans tous les cas, que ce soit les cathétérismes diagnostiques et les angioplasties. En chirurgie cardiaque, je répète qu'il y a une légère diminution du nombre de procédures, mais une amélioration de l'accès, parce que les indications également diminuent. D'ailleurs, j'en parlais récemment avec le président du Réseau québécois de cardiologie tertiaire, le Dr Morin, qui m'indiquait sa grande satisfaction dans les résultats obtenus au Québec pour la liste d'attente pour le traitement cardiaque.

Maintenant, on a également des éléments qui font l'objet de travaux actuellement, et nécessairement, parmi ceux-ci, c'est la question des défibrillateurs et des autres appareils qui peuvent être implantés. On sait que, dans le cas des défibrillateurs cardiaques implantables, on a une croissance importante de la demande, parce que les études montrent que le nombre de personnes qui peuvent potentiellement en bénéficier est plus large, est plus grand que ce qu'on croyait initialement. Il y a actuellement une croissance de 35 % par an, c'est énorme, 35 % par an, de plus par année de personnes traitées à l'aide de défibrillateur cardiaque interne pour des troubles du rythme cardiaque. Et on est en voie d'atteindre un taux de remplacement par million d'habitants, en 2005-2006, qui est de 180, ce qui est très bon, parce qu'on est partis à 93 en 2002-2003. Donc, on pose beaucoup plus de ces appareils, et on le soutient bien sûr budgétairement. Comme point de référence, aux États-Unis, le taux d'implantation est de 200 par million d'habitants, mais là-dedans il y a des discussions quant à la validité des indications, selon les groupes scientifiques, là. Mais je dirais que, dans ce domaine-là, on est vraiment en bonne position.

Les tuteurs médicamenteux également continuent à être déployés dans un pourcentage qui augmente; on a commencé à 20 %, maintenant on est autour de 40 %, et on va augmenter selon les données que nous fournira le Réseau québécois de cardiologie tertiaire.

Et, avec ces améliorations, nous croyons extrêmement important de faire également de l'évaluation, et je pense que les développements des prochains mois seront l'occasion de mettre en place un programme d'évaluation continue pour les résultats obtenus non seulement en termes de nombre de chirurgies, mais en termes de qualité également, qualité voulant dire le respect des normes et des données scientifiques, et également le taux de complication de diverses procédures. Je pense que, là, on a devant nous un travail qui est important.

Il y a plusieurs travaux en cours également sur le plan de l'Agence d'évaluation des technologies et des

modes d'intervention en santé, une étude sur les résultats de la revascularisation chez les personnes âgées de plus de 80 ans. Étant donné le vieillissement de la population, un phénomène émergent est le fait que des gens, autrefois, qu'on déclarait non aptes à être opérés en raison de leur âge se présentent maintenant pour subir des chirurgies, de plus de 80 ans. On fait une étude avec l'AETMIS actuellement sur le résultat des chirurgies chez ces patients. On a une évaluation terrain en préparation sur la prise en charge des personnes avec l'infarctus aigu du myocarde et également un avis sur l'efficacité d'efficacité de la thrombolyse.

Et on a également amélioré, on le verra sur le site Internet, le système de gestion de l'accès aux services, SGAS, pour les maladies cardiaques de façon à avoir des données très contemporaines et très ajustées pour l'accès aux services. D'ailleurs, c'est ce système SGAS que nous aimerions éventuellement étendre à la surveillance des autres listes d'attente, comme nous le faisons actuellement en radiothérapie et en cardiologie tertiaire.

Nous allons également suivre les recommandations du réseau québécois de cardiologie tertiaire pour le déploiement ou non de nouvelles salles ou le déplacement de salles d'hémodynamie. Et, comme je l'indiquais tantôt, nous avons investi de l'argent à l'Institut de cardiologie de Montréal: 21 millions dont 11 millions en immobilisations, 10 millions en équipement, trois nouvelles salles d'opération, dont une salle pour la robotique chirurgicale qui nous met directement au niveau de la médecine du XXI^e siècle. Et je mentionne également le rôle d'excellence que joue ici, à Québec, l'Institut de cardiologie à l'Hôpital Laval qui a des résultats comparables à ceux de l'Institut de cardiologie. Je mentionne, pour nos citoyens et nos citoyennes qui nous écoutent que — évidemment, c'est le cas ailleurs, mais... — dans ces deux instituts de chirurgie cardiaque et de traitements cardiaques avancés, l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Hôpital Laval, on obtient actuellement des résultats en termes de taux de complication et de mortalité qui sont égaux et parfois supérieurs à ceux des plus grands centres américains dans le cadre d'un système de santé public, et il y a lieu de s'en féliciter.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien, merci, M. le ministre. Le député le Saint-Jean, M. le député, s'il vous plaît.

Bilan de la situation en matière de dons d'organes

M. Paquin: Merci, M. le Président. J'aimerais aborder un sujet très important, ce matin, les dons d'organes. Même si le Québec est un leader canadien en ce qui a trait aux donateurs par million d'habitants, nous recevons ou nous lisons et nous recevons souvent des appels de nos citoyens dans nos comtés respectifs à l'effet qu'ils ont une inquiétude à savoir les délais d'attente pour recevoir un don d'organe. Et c'est sûr que, lorsqu'on attend après quelque chose d'aussi important, que notre vie est en jeu, il y a toujours un stress incontrôlable que ces gens-là peuvent vivre.

Ma question au ministre, M. le Président: Est-ce que le Québec peut faire mieux dans ce domaine?

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, commençons d'abord par évaluer la position du Québec

au niveau national et international dans ce domaine-là. Il faut réaliser qu'au niveau canadien le Québec est de loin le leader en ce qui a trait aux donateurs d'organes par million d'habitants. On est actuellement environ à 19 dons d'organes par million d'habitants alors que, dans le reste du Canada, c'est autour de 13. Alors, il y aurait lieu de s'en satisfaire et de penser qu'on peut en rester là puisqu'on voit qu'on devance de loin ce qui se fait dans les autres provinces canadiennes, mais on remarque que, dans d'autres pays, notamment des pays européens, le taux est plus élevé. L'Espagne, par exemple, a un taux de dons d'organes qui est autour de 30 par million d'habitants, mais il faut noter que ce pays a une politique, sauf erreur en ce qui me concerne, qu'on est donneur jusqu'à preuve du contraire. Donc, on n'a pas de consentement à donner pour le don d'organes, on doit plutôt indiquer qu'on ne consent pas si la situation se présente. Je ne crois pas que, sur le plan éthique, notre population est prête à aller dans cette direction-là. On veut miser beaucoup plus sur la sensibilisation de la population et également le déploiement d'outils pour augmenter le nombre de donateurs au Québec.

Et il y a un élément qui est particulièrement intéressant qui a été créé là-dessus, en collaboration... d'ailleurs on avait, dans la loi n° 83, prévu cette éventualité à la demande de la Chambre des notaires, c'est la création d'un registre de dons d'organes maintenu par la Chambre des notaires auquel les intervenants du milieu de la transplantation peuvent accéder en ligne de façon à connaître le statut de consentement de la personne. On sait que, lorsqu'un notaire est consulté et on sait qu'un pourcentage très élevé — le chiffre m'échappe malheureusement actuellement mais un pourcentage très élevé — de notre population consulte un notaire à chaque année, et, lorsqu'on discute des questions autour desquelles on tourne souvent dans les bureaux de notaire, forcément c'est un contexte qui amène la discussion et qui peut amener la discussion quant au consentement en vue d'un don d'organes. Alors, on a... et je dirais que c'est un succès qui dépasse nos espoirs, récemment la Chambre des notaires indiquait qu'il y a 35 000 personnes déjà, 35 000, qui ont signifié leur consentement au don d'organes, ce qui s'ajoute aux consentements qui sont signifiés lors du renouvellement de la carte d'assurance maladie du Québec. D'ailleurs, je profite de l'occasion pour rappeler à tous nos concitoyens et concitoyennes l'importance de poser ce geste-là lorsqu'on renouvelle sa carte d'assurance maladie ou en tout temps, si on désire le faire, d'apposer l'autocollant et de donner notre signature sur la carte d'assurance maladie pour le don d'organes.

Effectivement, la demande de services demeure importante, même si on a réalisé, en 2005, 362 transplantations. Il y a encore beaucoup de personnes qui attendent pour des greffes d'organes, et on sait qu'il y a 269 donateurs potentiels d'organes par année, alors qu'on a fait environ 136 prélèvements. Donc, il y a encore un gain, on peut aller chercher probablement une centaine de donateurs de plus par année avec la collaboration de tous les intervenants. Ce qu'il est également important de noter, c'est que l'âge moyen des donateurs augmente, c'est-à-dire que les progrès de la science médicale font en sorte qu'on peut utiliser des organes maintenant chez des personnes, provenant de personnes d'âge plus avancé que ce que l'on faisait auparavant et même parfois un peu plus avancé.

● (10 h 10) ●

Rappelons qu'au 31 décembre 2005 il y avait environ 1 000 patients qui étaient en attente d'un organe, au Québec, ce qui est un nombre très important. Donc, souvenons-nous qu'on a réalisé 362 transplantations par rapport à 1 000 personnes en attente. Donc, on voit qu'il est difficile de rattraper la demande, à moins qu'on augmente de façon significative le nombre de donneurs, comme je l'indiquais tantôt.

Une autre tendance qui est importante et qui se développe actuellement, c'est l'utilisation des donneurs vivants. Traditionnellement, les dons d'organes proviennent de personnes qui sont en état de mort cérébrale, c'est-à-dire qui sont décédées sur le plan légal mais dont les organes sont encore perfusés par la circulation, de sorte qu'on peut les prélever une fois que le décès cérébral est constaté et certifié, mais on peut également utiliser des organes ou des portions d'organes qui proviennent de donneurs vivants. Par exemple, en 2005, on a réalisé 49 greffes de rein de donneurs vivants, donc quelqu'un qui donne un de ses reins à un membre de sa famille, c'est la façon la plus fréquente dont ça se produit, et trois greffes de lobe de foie, au CHUM, je crois, à ma connaissance, c'est au CHUM que ces interventions ont été pratiquées. Alors, si on ajoute le nombre de transplantations réalisées avec donneurs vivants, ça nous amène à 414 transplantations pour le Québec. Donc, on voit que l'utilisation de la technique de donneurs vivants va nous permettre d'augmenter également l'accessibilité.

On a soutenu également l'Association canadienne des donneurs d'organes pour les activités de transport des organes et des équipes médicales, avec une subvention de 150 000 \$ à Québec-Transplant. J'en profite d'ailleurs pour rendre hommage aux intervenants et intervenantes de Québec-Transplant qui sont présents dans nos centres hospitaliers et qui font souvent cette sensibilisation et cette facilitation du processus de transplantation.

Nous avons soutenu également la Maison des greffés, 112 000 \$ de plus de subvention, ce qui les amène à 500 000 \$, et également intégration dans la Politique de déplacement des usagers, parce qu'on sait que beaucoup de personnes qui doivent résider à la Maison des greffés, à Montréal, viennent des régions éloignées du Québec, et elles doivent être hébergées, lorsqu'elles sont en attente de l'organe qui est nécessaire pour eux.

Il y a un cahier spécial qui a été publié le 22 avril 2006 pour sensibiliser la population, dans plusieurs quotidiens et dans les hebdomadaires régionaux, et bien sûr on a une mise à jour continue du site Internet.

Du côté des tissus humains, il y a également une concentration du mandat à Héma-Québec qui a été confirmée. Vous savez qu'outre les organes il y a des fragments de tissus comme la moelle osseuse, par exemple, les morceaux d'os, les valves cardiaques également qui peuvent être utilisés, les ligaments. Alors, pour cette question des tissus humains, on a donné un mandat de surveillance très important à Héma-Québec de façon à assurer la sécurité notamment et la fiabilité du système de transplantations de tissus humains.

Si on résume donc les objectifs du plan d'action ministériel qui a déjà été déposé, les objectifs sont les suivants: améliorer l'organisation des services, consolider le processus de gestion d'ensemble du système, assurer la sécurité et la qualité des greffes, développer et consolider des ressources humaines, sensibiliser l'ensemble des

Québécoises et des Québécois au don d'organes et de tissus, qui demeure un geste d'une grande générosité qu'on peut poser. Rappelons qu'une personne qui malheureusement décède suite à un accident ou à un accident cérébral peut littéralement sauver la vie d'au moins cinq ou six personnes, et ses tissus également peuvent être utilisés pour d'autres personnes également en attente.

Et je termine en rappelant, toujours au sujet du registre de la Chambre des notaires, la publicité qu'on peut voir actuellement, où M. Pierre Légaré nous déclare très fièrement avoir de très bons organes. Alors, je pense que... Des beaux organes. Alors, je pense qu'avec la touche d'humour qu'on lui connaît il réussit à faire sa part pour la sensibilisation de la population.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Ça va, M. le député de Saint-Jean?

M. Paquin: Merci beaucoup.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. M. le député d'Orford, il vous reste quatre minutes et quelques secondes.

M. Reid: Merci, M. le Président. Moi, j'aimerais poser une question sur notre préparation, au Québec, concernant les dangers de pandémie du H5N1.

On sait qu'il y a un virus qui circule au niveau des oiseaux, des poulets, etc. On sait qu'il y a des transmissions qui ont été faites à l'humain, on sait que ces transmissions-là, en Asie en tout cas, semblent avoir eu un taux de mortalité assez important, presque 50 %, je pense, et on se doute que, si on se fie au passé et si on se fie à notre connaissance bien meilleure qu'il y a un siècle de la biologie, de la microbiologie, de la virologie, etc., qu'il risque d'avoir une recombinaison, à un moment donné, et qu'un virus de ce type, là, H5N1 puisse se combiner avec des virus qui se propagent entre les humaines et faire en sorte qu'on ait un virus nouveau qui soit extrêmement dangereux pour une épidémie, parce qu'il se propagerait d'un humain à l'autre, et non pas, disons, en passant par un vecteur qui soit un oiseau.

D'un côté, évidemment, on peut avoir des craintes énormes parce que l'histoire nous apprend que les épidémies, il y en a qui ne sont pas si vieilles que ça puis il y en a eu par ailleurs dans... Enfin, toute l'histoire de l'humanité nous raconte des épidémies épouvantables, et donc c'est très insécurisant. Par ailleurs, on peut être tenté d'avoir un faux sentiment de sécurité parce que l'on connaît beaucoup mieux les mécanismes aujourd'hui, tant sur le plan biologique que sur le plan sociologique. Et on peut penser qu'il n'y a pas vraiment de danger et dormir tranquille sur nos deux oreilles.

Je ne voudrais pas amener la population, mais j'aimerais avoir l'heure juste parce que je suis sûr que c'est entre les deux. C'est-à-dire que ça peut être très dangereux, et il faut prendre des mesures probablement assez exceptionnelles, d'un côté; et, de l'autre côté, il ne faut pas penser qu'on va tous y passer non plus. Alors, j'aimerais ça avoir un peu l'heure juste et savoir comment on se prépare au Québec puis qu'est-ce qui risque d'arriver si effectivement on connaît le... Je n'ai pas beaucoup de temps, je pense, pour répondre, mais on peut peut-être attendre à l'autre partie.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): C'est parce que le ministre va devoir adopter la vitesse du colibri pour vous répondre, là, parce que...

M. Reid: Alors, si vous me permettez, est-ce qu'on pourrait demander à ce que la réponse soit donnée à l'autre partie. Je pense que ça ne pose pas de problème.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Bien, écoutez, on peut... M. le ministre, vous avez le choix de répondre maintenant ou alors de reporter votre réponse au prochain bloc.

M. Couillard: Comme il s'agit d'un sujet qui bien sûr intéresse et même inquiète à un certain point l'opinion publique, je pense que, dès le début du prochain bloc des députés ministériels, on parlera de la pandémie. À moins que les députés de l'opposition veulent le couvrir également, on parlera de la pandémie à ce moment-là.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Bon. Très bien. Alors, vous me permettez de reporter 1 min 30 s à votre prochain bloc de telle sorte à ce qu'on puisse être correct dans le temps.

Alors, M. le député de Borduas, je rappelle que Mme la députée de Lotbinière aura droit à son temps de parole aussi dans ce bloc de 30 minutes.

Suivi donné aux recommandations du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins de santé

M. Charbonneau: Bien. Tantôt, on a parlé des infections nosocomiales. Je voudrais parler maintenant des problèmes des erreurs médicales. Il y a un lien, et je le fais tout de suite. Le lien, c'est... Tantôt, il y avait une question qui n'a pas eu de réponse, c'était la demande d'indemnisation des victimes.

Et cette demande-là, elle existe aussi et elle a fait d'ailleurs l'objet même d'un engagement parce qu'à l'automne 2004 la députée de La Pinière avait écrit une lettre au ministre de la Santé. Et vous lui disiez à ce moment-là: «J'ai de plus inscrit, dans les priorités ministérielles de cette année, l'étude et l'analyse de la problématique entourant l'indemnisation des victimes d'accidents évitables dans la prestation de soins de santé et la question des régimes d'assurance. Je suis donc en attente de connaître les avenues de solution qui nous seront proposées à cet égard.»

Et je rappelle qu'il y a un plan d'action ministériel qui avait été mis en place. En fait, il y a même eu un groupe de travail — c'était le groupe Francoeur — qui avait été mis sur pied il y a quelques années. Et il y a eu des recommandations. Pour voir l'ampleur du problème, il y a 15 000 personnes au Québec qui subissent, à chaque année, un accident thérapeutique qui aurait pu être évité, et au moins 670 de ces malheureux en meurent ou plutôt 1 340 personnes, disent les experts — en fait, donc, c'est peut-être 1 340 — si on tient compte des urgences, des soins intensifs et des diverses spécialités à risque. Un accident sur trois à l'occasion d'une chirurgie. Chaque accident force les malades à rester deux jours de plus à l'hôpital en moyenne, ce qui a pour effet de compliquer le problème des listes d'attente. Et, bon, je pourrais donner d'autres statistiques. Le fait est qu'il y avait eu, l'automne

dernier, une série d'articles dans *La Presse* sur le problème des erreurs médicales.

Moi, j'avais questionné le ministre. Dans le plan d'action ministériel de janvier 2002, il y avait un comité sur les accidents évitables dans la prestation de soins et de services de la Direction générale des affaires médicales et universitaires du ministère. Et il y avait les objectifs, puis là il y avait les propositions du rapport, les actions, les échéanciers.

Et un des éléments, qui était l'objectif 11, c'était d'examiner les problèmes de cloisonnement dans la gestion des régimes d'assurance en responsabilité dans le réseau de la santé et de la pertinence de mettre en place un régime d'indemnisation pour les victimes d'accidents évitables.

Alors, où est-ce qu'on en est pour le déploiement des recommandations qui avaient été formulées? Puis: Est-ce qu'on serait en mesure aujourd'hui, de la part du ministère, de produire un document semblable à celui qui avait été présenté par ou préparé par la Direction générale des affaires médicales et universitaires — je ne sais pas si ça s'appelle encore comme ça — du ministère, puis qu'on puisse faire le point sur la mise en oeuvre des différentes recommandations qui avaient été faites, d'une part?

Puis deuxièmement, bien, la question importante qui est revendiquée par à la fois le Fonds d'aide aux victimes d'erreurs médicales... puis je l'ai dit tantôt, c'est la même chose pour les gens qui sont victimes d'infections nosocomiales, c'est: Pourquoi ces gens-là seraient obligés de payer en plus de leurs poches et, dans certains cas, de s'appauvrir lourdement pour des erreurs et des situations pour lesquelles ils ne sont absolument pas responsables?

Alors, où est-ce qu'on en est dans cette évaluation-là puis dans cette possibilité de mettre en place un système, là, qui permettrait à nos concitoyens — puis ils sont nombreux, on le voit à chaque année, là — dans un cas comme dans l'autre, autant pour les infections nosocomiales que pour les erreurs médicales, qui souffrent puis qui sont aux prises avec des problèmes, ce type de problématique-là?

● (10 h 20) ●

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, M. le ministre, sur les erreurs médicales, s'il vous plaît.

M. Couillard: Il faut d'abord faire, comme je l'ai fait tantôt pour les infections nosocomiales, faire une mise en contexte du même type. Les accidents liés aux traitements sont une caractéristique inhérente et inévitable associée à tout système de santé. Et lorsqu'on étudie l'ensemble de ce qu'on appelle les événements négatifs ou les événements qui sont nuisibles aux malades qui sont traités dans les hôpitaux du Québec et d'ailleurs, d'ailleurs, parce que le même problème existe sur tous les continents, il faut faire tout de suite l'effort de distinguer accident évitable et non évitable.

Je donne un exemple: supposons qu'on doive... Faisons la supposition qu'on doive subir une chirurgie pour désobstruer l'artère carotide. On a une artère du cou qui est un peu bloquée, puis il faut avoir une chirurgie pour la débloquer, pour éviter de faire un accident cérébrovasculaire. La littérature scientifique nous montre que, lorsqu'on subit cette chirurgie-là, il y a 3 % de risque d'avoir un accident cérébrovasculaire causé par la chirurgie. Donc, c'est un risque inhérent associé à la chirurgie. Et

lorsqu'on signe un permis de consentement opératoire, le consentement éclairé signifie que le chirurgien et le médecin qui nous propose le traitement a divulgué les risques de complications. Donc, si je subis cette chirurgie-là et que malheureusement je me réveille avec un accident cérébrovasculaire, ça ne veut pas dire que c'est une erreur médicale évitable. C'est très délicat, mais il faut vraiment l'expliquer. Alors, le débat...

M. Charbonneau: Je comprends ça, là.

M. Couillard: Mais c'est important de le mentionner parce que le débat qui suit par la suite permet de faire la distinction entre évitable et non évitable. C'est un toujours un débat de très grande complexité et, comme le député le sait, il y a des experts des deux bords pendant des années actuellement qui font ce débat-là: Est-ce que vraiment c'est dans le cadre des complications connues inhérentes au traitement? Est-ce que le malade a été averti de la possibilité que ces complications se produisent? Je pense que c'est une chose qui m'apparaît, là, essentielle à rappeler.

Maintenant, les travaux sur le régime d'indemnisation des accidents évitables — donc pas de tous les accidents mais des accidents évitables — ne sont pas terminés, et il y en a encore pour plusieurs mois à les faire parce que c'est des travaux qui sont techniques et compliqués et qui nécessitent nécessairement une collaboration avec les médecins, et les fédérations, et le Collège des médecins également.

Maintenant, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'actions en cours pour améliorer la qualité des soins et minimiser le nombre de ces accidents médicaux. D'abord, un programme, suite d'ailleurs à une loi que le gouvernement précédent avait adoptée, programme de divulgation de registre qui est en cours dans les établissements avec, je dirais, avec une certaine lenteur, mais on essaie d'améliorer et d'accélérer le déploiement de ces registres et de cette politique de divulgation dans tous nos établissements. Il y a eu une création de la Direction à la qualité au ministère de la Santé et des Services sociaux qui fait un suivi particulier de cette question-là. Il y a un comité qui s'appelle le comité vigilance, qui est un comité constitué d'un médecin extérieur au système de santé, professionnels également d'autres domaines de la santé, qui permet de présenter les situations en termes d'amélioration de la qualité plutôt qu'en termes de punition ou de coercition. Il y a un programme qui va être mis sur pied, qui est actuellement mis sur pied et qui s'appelle le programme ErroMed, E-r-r-o-M-e-d, qui est un programme de formation pour ce qui est du facteur humain dans les accidents médicaux et la façon correcte de faire les révisions de dossiers et de dégager les conclusions; c'est 1 million de dollars par année qu'on consacre à cet élément-là. Et, dans ce domaine-là, moi, je suis personnellement convaincu que la question doit être abordée dans l'axe de l'amélioration de la qualité.

Et la question fondamentale à poser — je le fais dans toutes mes interventions sur la question, je le répète ici — la question n'est pas de poser, de demander qui a fait ça ou qui est coupable, mais plutôt qu'est-ce qui s'est passé et qu'est-ce qu'on doit faire pour éviter que cette situation ne se reproduise pas.

Mais je vais quand même terminer mon intervention sur la question, encore une fois, de la distinction

entre les accidents évitables et non évitables, et que le système de santé, comme toutes les interventions humaines, n'est pas parfait, qu'il y a donc des accidents qui sont inhérents à la pratique de toute chirurgie. Et en fait on peut faire le pari que plus la maladie est grave, plus le traitement est efficace, plus les risques associés sont significatifs. Et même chose pour les médicaments, d'ailleurs. Alors, lorsqu'on est opéré pour un pontage coronarien, il y a un risque de décès, il y a un risque de complications. Même chose avec la chirurgie que j'ai mentionnée tantôt. Et c'est la caractéristique d'une société adulte d'avoir conscience de ces risques-là, de les divulguer de façon correcte et de les prendre également en toute connaissance de cause.

Respect par les établissements de santé de l'obligation de produire un registre des accidents et des incidents

M. Charbonneau: M. le ministre, c'est souvent, là... Écoutez, ça fait depuis 2001 que le rapport Francoeur a été déposé et qu'il proposait finalement un régime d'indemnisation sans égard à la faute. En février 2005, donc il y a déjà plus d'un an, une étude plus pointue aurait été remise au Conseil du trésor. Est-ce qu'on peut l'avoir, cette étude-là?

Puis, deuxièmement, est-ce que vous ne trouvez pas, là, que, si vous dites: C'est encore des mois, là... Écoutez, ça fait... 2001, il y a une proposition, il y a un rapport qui a été proposé. D'ailleurs, le document, le plan d'action ministériel faisait suite à ce rapport-là, et on devait à ce moment-là, dans la foulée de ce rapport-là, faire des études. Mais là ça prend des années pour faire des études. Je trouve que... J'ai l'impression, là, qu'il y a comme un retard indu qui se produit à l'égard de ça. Puis d'autre part le ministre reconnaît lui-même... Parce que la loi dont il parlait obligeait tous les établissements à constituer un registre local des accidents puis des incidents. Puis il y a encore 1/5, si mon chiffre est exact — puis on le disait il y a quelques mois — des établissements... À l'époque, le ministre m'avait dit: Oui, mais il y a 4/5 qui ont atteint leur... qui fournissent... qui ont maintenant des registres locaux. Mais il y a malgré tout, après autant de temps, il y a encore un établissement sur cinq qui n'a pas mis en place le registre qu'il est obligé de mettre en place selon la loi, là.

Est-ce que le ministre entend mettre un peu plus de pression? Puis c'est quoi, son échéancier pour qu'on finisse par avoir 100 % des établissements qui respectent la loi et puis pour que les travaux du comité finissent par aboutir, là? Ça fait pas mal d'années, là, que les gens, semble-t-il, étudient cette question-là. Puis encore une fois est-ce que c'est possible d'avoir le rapport qui a été remis au Conseil du trésor pour qu'au moins on puisse nous aussi avoir une lecture de la problématique peut-être un peu plus complète que ce qui peut être disponible pour le moment sur cette question-là, parce qu'effectivement c'est une question complexe. Mais le fait est que, si on veut en parler, on pourrait avoir... Si on avait accès à ce document-là, on pourrait peut-être avoir un éclairage plus particulier, puis on pourrait peut-être aussi, comme c'est notre responsabilité, talonner encore plus le ministre efficacement, parce que, là, écoutez, 2001, le rapport Francoeur, là; on est en 2006, mi-2006 quasiment, là. Ça fait pas mal d'années, là.

M. Couillard: Il n'est pas clair, M. le Président, de quel document le député de Borduas parle, là.

M. Charbonneau: Je fais référence, par exemple, ici... Il y avait... Dans *La Presse* du 23 novembre dernier, on disait qu'en 1990 il y avait eu le rapport Pritchard, qui recommandait le système de «no fault» au sous-ministre de la Santé du Canada. 11 ans plus tard, donc en 2001, il y a eu le rapport Francoeur. Puis je vous parlais du plan d'action ministériel qui avait été mis en place par le ministère de la Santé et Services sociaux pour donner suite à ce rapport-là. Et, dans ce rapport-là, on recommandait, comme je l'indiquais — puis c'était un des objectifs — la mise en place de ce système-là, puis il fallait faire des études. Les études, le ministre dit: Elles ne sont pas encore complétées. Et on disait également: «une étude plus pointue qui aurait été remise au Conseil du trésor, disent les gens du milieu». Est-ce qu'elle existe, cette étude-là? Puis, si elle existe, est-ce qu'on peut en avoir une copie?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre.

M. Couillard: Sur le rapport Francoeur et autres, il est clair qu'on connaît le document dont parle le député de Borduas, mais, sur le document du Conseil du trésor, on n'a... il faudra peut-être vérifier avec eux. Il est possible qu'on fasse une confusion partielle avec un autre sujet qu'est le paiement, à chaque année, d'une partie des primes d'assurance responsabilité par le gouvernement, là, pour les fédérations médicales. Et donc, chaque année, il y a des évaluations financières qui sont faites. Il faudra peut-être s'adresser au Conseil du trésor pour savoir de quel document il s'agit, là, ou... Je ne suis pas certain que ça ait un rapport direct avec le sujet qui est touché ici.

Maintenant, je répète que les travaux ne sont pas terminés. Ce n'est pas une affaire simple, ça, cette question-là, parce que... Je donne seulement un élément: si on va dans une direction de compensation style étatique pour les victimes d'erreurs médicales évitables — je répète: «évitable» — il faut penser que, par cohérence, les barèmes risquent d'être très semblables aux barèmes de la CSST ou de la SAAQ...

Une voix: ...Régie des rentes.

● (10 h 30) ●

M. Couillard: ...et de la Régie des rentes. Alors, est-ce que les victimes d'erreurs médicales désirent avoir des... Lorsqu'il y a une décision judiciaire actuellement qui constate qu'il y a eu une erreur médicale évitable, on sait que les indemnités accordées par les tribunaux peuvent être de montants très élevés. Si on évolue vers un régime étatique sans égard à la faute, encore une fois, le barème de compensation va être très voisin à celui de la CSST, de la SAAQ ou de la Régie des rentes, ce qui est très, très inférieur par rapport aux montants de compensation qui sont actuellement donnés. Parce que si on étatique ce système-là, bien il n'y a pas de raison logique pour qu'on compense différemment un accident de la route d'un accident d'hôpital. Alors, je pense que là, c'est un des éléments.

Il y a d'autres éléments de droit fondamentaux qui nous sont présentés par la profession juridique:

permettre aux gens d'exercer leurs recours, permettre l'utilisation des tribunaux dans ces cas-là. Et bien sûr les médecins ont leurs propres idées sur la question. Alors, je pense qu'on n'est pas, à court terme, là, dans un horizon de court terme de statuer sur cette question-là.

M. Charbonneau: Quand vous disiez à votre collègue et notre collègue, la députée de Lotbinière, le 21 octobre 2004, que vous l'avez inscrit dans les priorités ministérielles de cette année, puis que l'étude et l'analyse des problématiques entourant... devrait se faire rapidement, puis donc que vous êtes encore... que vous êtes en attente de connaître les avenues de solution, vous êtes loin encore d'être en mesure de les connaître.

Est-ce que vous avez fixé un échéancier à ce groupe-là? Est-ce qu'il y a un groupe de travail particulier qui étudie ça? Comment ça fonctionne actuellement?

M. Couillard: Il y a des personnes au ministère qui font ces travaux-là actuellement, mais pour moi, ce n'est pas une priorité. Il y a beaucoup d'autres dossiers prioritaires dans le ministère de la Santé, l'accès aux soins, en particulier la qualité des soins. On a préféré axer nos actions sur l'éducation et l'amélioration de la qualité. Alors, je répète les éléments qu'on a mentionnés tantôt: le comité de vigilance, la direction de la qualité et la poursuite des actions consécutives à la mise en place de la loi n° 113, le programme ErroMed et il y a un aspect particulier qui est familier au député de Borduas, c'est l'informatisation du réseau de la santé. On sait qu'une partie des accidents médicaux sont des résultats d'erreurs de médication ou d'effets secondaires de médicaments qui vont être très, très diminués par la question de rendre les profils pharmacologiques disponibles sur une base informatique à tous les médecins du Québec.

Alors, il y a énormément d'actions, et, moi, je préfère cette action, là, plus constructive et plus positive actuellement de type sensibilisation, éducation, prévention, qualité. Je pense qu'on doit d'abord doter le système de santé d'une culture de qualité qui malheureusement, au fil des années, s'est peut-être un peu étiolée, et ce n'est pas le fait de légiférer ou de réglementer la question de la compensation des erreurs médicales qui va faire quoi que ce soit pour la qualité. Alors ça, c'est un autre dossier qui est à part, et on se concentre, nous, sur les actions dont je parlais tantôt, qui sont essentiellement des actions positives d'éducation et de sensibilisation.

M. Charbonneau: La réponse claire du ministre, moi, je ne partage pas son point de vue, parce que... je suis d'accord avec lui dans le fait d'améliorer toute l'approche de la qualité des services, c'est fondamental, mais ce n'est pas... puis vous le dites vous-même, là, on n'arrivera jamais à régler totalement les problèmes. Alors, on aura beau faire des améliorations majeures dans notre système à l'égard de la qualité puis des précautions à prendre, etc., il va y arriver malgré tout des erreurs médicales puis il va y arriver des maladies... des infections nosocomiales, puis, quand ça arrive, bien là le problème, c'est que les citoyens... bien, finalement, là, ce que vous leur dites aujourd'hui, c'est que, oupelaïe, oubliez ça, l'aide de l'État, là, vous êtes mieux de vous débrouiller tout seul, puis ça va être vrai pour longtemps.

M. Couillard: Mais prenons l'exemple d'une infection nosocomiale. On sait qu'il y a un taux d'infections nosocomiales inévitables, pas au Québec, partout dans le monde. Alors, si, moi, je suis victime d'une infection nosocomiale, comment est-ce qu'on fait la preuve que je ne suis pas dans ce groupe de patients qui malheureusement, de façon mathématique, chaque année, seront victimes d'une infection nosocomiale? Ce n'est pas évident.

Par exemple, je vais vous donner l'exemple du staphylocoque aureus résistant, le SARM, qu'on entend souvent dans les hôpitaux. L'ensemble des données internationales montre que le maximum de réduction qu'on peut atteindre, c'est 33 %. Donc, au maximum, on va réduire le nombre d'un tiers, partout dans le monde; les autres deux tiers, ça va rester inchangé. Alors, si je suis une victime de SARM, comment est-ce qu'on fait la preuve si je suis dans le tiers qui aurait pu être évité ou dans le deux tiers qui est inévitable? C'est loin d'être simple, ça. Et essentiellement, c'est des débats légaux, c'est des débats légaux, des débats d'experts, puis ça ne se règle pas de façon simple.

Ce que je trouve un peu négatif, même, à la rigueur, pour le système de santé puis la maturité de notre société dans ce débat-là, c'est qu'on n'arrive pas à affronter clairement le fait que, lorsqu'on réclame et qu'on obtient des services médicaux, incluant les services de haute technologie, chacun de ces services-là est associé à un risque, parfois des risques de décès, parfois des risques de complications graves, parfois de complications moins graves, mais c'est des risques qu'il faut connaître et accepter, sinon il n'y a plus de système de santé. Si on veut des procédures médicales ou chirurgicales dans lesquelles la garantie de succès est 100 %, moi, quand les patients à ma clinique me demandaient ça, je disais: Monsieur, madame, c'est impossible, je ne suis pas capable de vous garantir ça. Il n'y a personne au monde qui peut vous garantir ça, puis ceux qui vous garantissent ça sont des menteurs. Alors, c'est comme ça que je disais, parce que la réalité de la vie, la nature humaine du système médical, c'est ça.

M. Charbonneau: Je comprends la réponse du ministre, le... Je suis...

M. Couillard: Mais c'est parce que c'est exactement dans l'axe de la question du député.

M. Charbonneau: Oui, mais c'est parce qu'il y a malgré tout... Écoutez, ma collègue qui est avocate me disait: À un moment donné, une erreur médicale, si tu te retrouves avec un instrument dans le corps parce que le chirurgien l'a oublié — puis c'est déjà arrivé, hein — ou si tu te retrouves avec des situations, tu sais, particulières où on peut...

Une voix: Claires.

M. Charbonneau: Claires, là. Tu sais, il y a des cas pas mal plus clairs. Et dans le fond...

M. Couillard: Vous avez... Je m'excuse, on fait un échange poli, là. Les cas clairs ne sont pas compliqués par définition. Les pinces puis les ciseaux oubliés dans le ventre, là, ce n'est pas long que c'est réglé, ça.

Une voix: Les éponges.

M. Couillard: Les éponges, on... Bien, attention, là, on ne parlera pas d'un cas particulier ce matin. Mais ces cas-là ne sont pas réglés. Mais, pour avoir moi-même participé, dans une vie antérieure, à ces débats autour de cas précis où mes services à titre d'expert étaient retenus d'un côté ou de l'autre, je peux vous dire que, dans la majorité des cas, c'est loin d'être clair, qu'est-ce qui est la frontière entre ce qui est évitable et ce qui est inévitable et où se situe la faute quand il y a une faute.

M. Charbonneau: Je comprends ça, mais, tu sais, néanmoins il y a un rapport, le rapport Francoeur. Et puis, 10 ans avant, un rapport adressé à tous les ministres de la Santé du Canada, donc à tous les ministres des États fédérés, recommandait un système de «no fault». C'est que j'imagine qu'il y a du monde qui ont déjà regardé cette question-là puis qui avaient considéré que, tout compte fait, malgré les éléments que met sur la table le ministre, il y aurait un avantage réel pour beaucoup de citoyens à pouvoir disposer d'une protection qui n'existe pas actuellement. C'est ça, là, la question. Puis là vous dites: Bon, bien, il y a des études qui se font. Bien là, en même temps, ce que vous nous dites aujourd'hui, c'est qu'il y a des études qui se font, mais, moi, là, je n'y crois pas trop, puis je ne suis pas trop pressé, puis ce n'est pas vraiment ma... je ne pense pas que c'est dans cette direction-là qu'on devrait aller. Ça fait que le message que vous envoyez finalement à tous ceux qui travaillent sur ça, là: Pressez-vous pas, moi, je ne suis pas pressé à recevoir vos recommandations. En tout cas, c'est comme ça qu'on peut le recevoir.

M. Couillard: Ce qui est important, c'est d'améliorer... La meilleure chose qu'on peut faire pour les victimes, c'est qu'il y en ait moins. Alors, la meilleure chose qu'on peut faire, c'est continuer les efforts d'éducation, de sensibilisation et de prévention des erreurs médicales. Maintenant, il n'y a pas de projet, dans le cadre du mandat du gouvernement actuel, de faire une réforme du régime de compensation des erreurs médicales. Soyons très clairs là-dessus.

Évaluation de l'état de vétusté des hôpitaux et plan de mise aux normes

M. Charbonneau: Est-ce que... Toujours relié... Puis le ministre l'a abordée un peu tantôt, je l'avais aussi introduite à cet égard-là, puis on a parlé hier sur le dossier des CHSLD, mais on n'a pas abordé la question des hôpitaux, mais la question de la vétusté. Hier, bon, le ministre nous a parlé d'un plan de correction de la vétusté pour les CHSLD, mais on dit que les hôpitaux québécois sont parmi les plus vétustes du monde industrialisé. Est-ce que c'est vrai? Je ne le sais pas, mais en tout cas le ministre a peut-être une opinion.

Puis est-ce que... Il y a quelques semaines, en fait c'était au mois d'octobre dernier, le journal *Le Soleil*, à un moment donné, nous informait qu'aucun document actuellement ne donne au ministre puis à son ministère une vue d'ensemble sur l'état de vétusté des hôpitaux. Est-ce que c'est exact que vous ne disposez pas actuellement d'un portrait global? J'imagine que vous savez combien

qu'il y a d'hôpitaux dans le système puis l'état de situation. Est-ce que c'est exact que vous n'avez pas actuellement un portrait d'ensemble de l'état de vétusté du parc immobilier des hôpitaux québécois? Et, si vous en avez un, est-ce que c'est possible de le déposer à la commission? Puis qu'est-ce qu'on entend faire? Parce que, bon, hier, vous nous avez expliqué un peu l'approche pour corriger les problématiques de vétusté et de mise aux normes pour les CHSLD, mais qu'est-ce qui arrive pour les hôpitaux?

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

● (10 h 40) ●

M. Couillard: Alors, on a innové, là. Je voudrais revenir là-dessus parce qu'il ne faut pas le laisser passer comme ça, là. Le bilan qu'on a fait du parc immobilier en CHSLD, c'est une première au Québec, et je ne suis même pas sûr qu'ailleurs au Canada ça s'est fait, on le vérifiera.

Maintenant, dans le cas des hôpitaux de soins aigus, il y a également des bilans régionaux fonctionnels qui sont faits régulièrement. Il y a le programme SIGARSSS, dans la région de Montréal surtout, qui est un programme informatisé pour vérifier l'état de vétusté des établissements au complet, non seulement les hôpitaux. Est-ce qu'on peut se lancer également dans un bilan pour les hôpitaux de soins aigus? Peut-être, oui, mais d'abord consolidons celui que nous avons fait pour les CHSLD.

Et je rappelle que le montant de maintien d'actif, parce que c'est de ça qu'on parle, on parle de maintien d'actif des établissements, c'est une question que j'aime avoir l'occasion de traiter parce qu'elle me permet à chaque fois d'illustrer la différence entre le gouvernement précédent et le gouvernement actuel dans l'approche responsable de maintien d'actif du parc immobilier du réseau de la santé du Québec. Je rappelle qu'il y avait 40 millions de dollars par année, jusqu'en 2003, consacrés à l'ensemble du maintien d'actif pour tout le réseau de la santé du Québec, et qu'on est en voie d'augmenter ça à 250 millions de dollars, donc plus de six fois plus.

Et ça, ça nous amène au niveau de la norme nord-américaine de maintien d'actif. La norme nous dit qu'on doit consacrer 2 % de la valeur de remplacement par année au maintien d'actif et 1 % aux rénovations fonctionnelles. On est en droite ligne sur cette norme-là, ce qui nous a permis de faire état, lors d'une dernière séance de la commission, d'un plan de plus de 400 millions de dollars de rénovations fonctionnelles mineures et majeures des CHSLD, auxquels s'ajoutent 50 millions de dollars pour la construction d'une première phase de nouvelles places de CHSLD. Alors, les programmes de maintien d'actif seront également accessibles pour les hôpitaux de soins aigus. Est-ce qu'on doit en faire un bilan plus systématique? Oui, il y a des plans de conservation régionaux qui sont disponibles dans chacune des agences de la santé, surveillés par un support informatique et alimentés par le programme de maintien d'actif.

Alors, on peut trouver, dans chaque région, actuellement, ce bilan-là, mais éventuellement, on n'a pas, on n'a pas...

M. Charbonneau: Un bilan global, mais le portrait global national.

M. Couillard: On l'a en colligeant les bilans régionaux. Chaque établissement, chaque région nous

donne ses priorités à chaque année, de maintien d'actif, puis de...

M. Charbonneau: La Commission des affaires sociales, le ministre pourrait demander à ses agences de lui fournir la documentation, puis qu'il y ait une centralisation de l'information, puis qu'on ait un portrait de la situation globale du Québec. Il me semble que ce serait pertinent.

M. Couillard: Je vais donner un exemple très concret pour la Montérégie. La Montérégie, en 2002-2003, le budget de maintien d'actif était de 3 306 000 \$ pour toute la région; en 2004-2005, 8 909 000 \$; en 2005-2006, 11 256 000 \$. Alors, quatre fois plus, en 2006-2007, ça va être quatre fois plus que ce qu'était en 2002-2003. Alors, c'est très, très important. Là-dessus, il y a... donc, sur tout cet argent qui a été investi en maintien d'actif, il y en a la plus grande partie qui a été dirigée vers les réseaux de CHSLD, également vers les autres établissements.

Alors, à chaque fois qu'on aborde cette question de maintien d'actif, la différence est si éclatante pour le gouvernement actuel que ça me fait toujours plaisir d'en parler, M. le Président.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Lotbinière, vous avez la parole.

Indexation des prestations des personnes contaminées au VIH par suite d'une transfusion sanguine

Mme Roy: Merci. On a parlé d'erreurs médicales tantôt. Je vais vous parler d'une erreur qui a été avouée, c'est le scandale du sang contaminé. Et puis il y a plusieurs personnes qui ont été contaminées, qui ont contracté le VIH suite à des transfusions. Ce sont 310 personnes, 310 hémophiles qui sont maintenant au nombre de 87. En 1994, on indemnisait ces personnes-là pour un montant de 30 000 \$ par année. Ils ont toujours réclamé l'indexation, et la réponse du ministère était que les autres provinces n'indexent pas cette prestation. Depuis, en Ontario, depuis 2001, on a indexé la prestation, elle est maintenant de 38 000 \$ par année; Manitoba, c'est la même chose, Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard.

Ma question, M. le Président, c'est: Est-ce que le ministre, pour 87 personnes, peut faire preuve de solidarité? Elles sont des victimes innocentes, elles paient de leur qualité de vie actuelle et de leur vie ces erreurs-là qui nous ont précédés. Est-ce qu'on ne pourrait pas, dans l'immense budget que le ministère de la Santé a, indexer leurs prestations? Il me semble que ce serait de faire preuve de compassion à leur égard.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, soyons prudents, là. Il n'y a personne qui a le monopole de la compassion ici. Quand on pose des questions de cette façon-là, je réagis toujours négativement parce que c'est comme s'il y avait des gens dans cette Assemblée qui avaient la compassion en eux, mais d'autres qui ne l'ont pas. Alors, on va s'entendre que tout le monde ici a de la compassion, hein?

Maintenant, pour ce qui est de l'indexation, effectivement, il y a des provinces qui ont commencé à assurer cette indexation-là. Maintenant, je voudrais mentionner qu'il y a certaines caractéristiques de ce programme de compensation. Le Programme provincial et territorial d'aide, le PPTA, prévoit 22 000 \$ à la victime à la signature de l'entente et 30 000 \$ annuellement, des sommes de 20 000 \$ et 4 000 \$ sont prévues pour le conjoint des enfants survivant, respectivement pendant cinq ans. J'indique que l'ensemble de ces sommes sont exemptes d'impôt. Alors, c'est de l'argent non imposable, ce qui est quand même des sommes importantes. C'est un programme d'aide extraordinaire, exempt d'impôt, qui n'est pas octroyé en remplacement d'un revenu. Et puis des prestations d'aide sociale et d'assurance salaire sont octroyées nonobstant les versements du programme. Alors, je pense qu'il y a un élément de générosité et de compassion commune, là, qui est majeur.

Les autres services et soins de santé, incluant les produits de coagulation pour les hémophiles, sont couverts à même les programmes. Et on sait que c'est très important, c'est 17,6 % du budget des produits sanguins pour 2006-2007, 49 millions de dollars, que l'entente qu'on a faite avec les parties ne prévoit pas actuellement une telle indexation, que le coût de l'indexation quand même est de l'ordre de plusieurs millions de dollars, qu'on n'a pas fermé la porte cependant, on est prêt en discuter. Mais je voudrais qu'on ne donne pas le portrait à la population que le programme qui est actuellement en place n'est pas un programme généreux et qui fait preuve de compassion commune de la société à l'endroit de ces personnes-là.

Mais pour ce qui est d'étudier la possibilité de créer une indexation, on va le regarder de façon prudente, parce qu'il faut toujours voir l'impact que ça a, je dirais, par correspondance avec d'autres programmes du gouvernement.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Je ne comprends pas que vous veniez dire quelques millions, là... il y a 87 personnes, 30 000, si on met une indexation de 2 %, ça va 600 \$ fois 87. Je ne comprends pas votre million que vous venez de dire, s'il y a 87 hémophiles contaminés. Je ne parle pas de l'hépatite, là, je parle... contaminés au VIH.

M. Couillard: Non, parce que c'est toujours la même chose qu'on oublie lorsqu'on parle des coûts d'indexation d'un programme, c'est que c'est des coûts récurrents et additifs. Alors, si on fait l'exercice sur un an, c'est toujours la même chose. Moi, je reçois des demandes de même à chaque jour, au ministère, là: Voyons, ce n'est pas grand-chose, c'est juste x sur votre budget. Mais lorsqu'on fait l'exercice de la multiplication sur un nombre d'années de l'aspect cumulatif et additif de ces scénarios-là, on sait que l'impact pour l'indexation du PPTA engendrerait des coûts, pour le Québec, entre 5,5 millions et 14,3 millions de dollars sur 10 ans. Alors là, on est dans les millions de dollars, effectivement.

Je ne dis pas que c'est impossible qu'on le fasse, là. Je veux être bien clair, on ne ferme pas la porte complètement, mais ce n'est pas des décisions qu'on prend à la légère, parce qu'il faut voir d'abord quel est

l'état de générosité du programme actuel, comment ça se compare aux autres programmes, et également l'impact sur les autres programmes. Si on faisait la simulation des scénarios, si on avait un scénario de paiement rétroactif à partir de 1994-1995 et qu'on applique la valeur cumulative de l'indice des prix à la consommation depuis 1994-1995, qui est le scénario de l'Ontario, celui a été mis en place, c'est un coût sur 10 ans de 14,3 millions de dollars, un déboursé immédiat de 2 millions et une augmentation des crédits de 750 000 \$ dès 2006-2007.

Les paiements actuels, si on les ajuste pour tenir compte de la variation cumulative depuis 1994-1995 de l'IPC sans autre paiement rétroactif, on arrive à 12,3 millions de dollars...

Mme Roy: Je vous interromps, là, pour bien comprendre vos statistiques, mais il y a juste une question que je veux vous poser, c'est: Est-ce que vous calculez la population au même niveau? Parce que, depuis 1994, on a réduit du deux tiers la population, là, on est partis de 310 à 87.

M. Couillard: Oui, oui. Oui, ça inclut le nombre de personnes.

Mme Roy: Non, mais est-ce que vous calculez une population de 87 pour 10 ans?

M. Couillard: Mais non, on ne calcule pas une population fixe; bien sûr, on calcule une population décroissante, compte tenu de l'évolution de la maladie.

Mme Roy: O.K.

M. Couillard: Mais je répète, en concluant, qu'on n'est pas fermés à étudier cette question-là. On voit que d'autres provinces l'ont fait, c'est des choix à faire dans le système de santé, et il y a beaucoup d'autres également endroits dans le système de santé où on doit investir. Mais on va... si c'est un choix là, si on fait le choix de le mettre là, bien, on ne le mettra pas ailleurs. Mais c'est quelque chose qu'on est prêts à étudier et à regarder, compte tenu du fait que d'autres provinces ont posé ce geste-là, et on va voir les impacts que ça aurait chez nous.

Le Président (M. Paquin): Donc, il reste 1 min 30 s au bloc. Si vous avez une question rapide, réponse rapide.

Intentions concernant les demandes de la municipalité de Bernierville au sujet de l'Hôpital Saint-Julien

Mme Roy: Bien, une question rapide — que vous allez pouvoir préparer, parce que la réponse ne sera pas rapide, probablement — c'est le cas de l'Hôpital Saint-Julien. Il y a eu des demandes par la municipalité soit de prolonger la durée minimale d'opération de la cuisine du complexe Saint-Julien; d'augmenter le nombre de lits occupés par la Maison Sacré-Coeur; de mettre à la disposition du comité de relance économique un montant; que la compensation financière pour les pertes de taxes pour la municipalité de 200 000 \$ pendant quatre ans et

d'obtenir également un certificat de conformité du ministère de l'Environnement pour les terrains adjacents au bâtiment.

Ça, ce sont les demandes de la municipalité. Il y a eu quelques rencontres, dont une le 12 avril 2006 avec les représentants de l'agence. Je voudrais savoir si vous allez donner suite aux demandes de la municipalité.

M. Couillard: On va donner une réponse rapide, puis on pourra compléter par la suite. Effectivement, les conversations sont commencées entre l'agence et l'établissement dans la ligne de ce que la députée a présenté. Ça ne veut pas dire qu'on va accepter toutes les demandes nécessairement qui nous sont présentées, mais ça inclut également la disposition d'une grande partie de l'édifice, le maintien en opération d'une autre partie et la compensation de la municipalité pour les pertes de revenus et de taxes municipales.

● (10 h 50) ●

Alors, tout l'ensemble de la situation est couvert actuellement. Et on a donné instruction à l'Agence régionale de Chaudière-Appalaches... c'est Chaudière-Appalaches, je crois, hein? Centre-du-Québec, pardon, de commencer les conversations avec la municipalité pour régler définitivement cette question.

Actions entreprises pour prévenir les risques de pandémie de grippe aviaire

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, très bien. Merci, M. le ministre. Nous avons abordé dans le bloc antérieur, avec le député d'Orford, une conversation concernant les dispositions prises par votre ministère dans le cas des pandémies, H5N1. Est-ce que le ministre... à moins que le député d'Orford veuille réitérer sa question, est-ce que le ministre veut y répondre ou... Ça va. Le ministre peut y répondre.

M. Couillard: Certainement, certainement, M. le Président. Oui. Pour la députée de Lotbinière, elle trouvera des réponses plus détaillées à sa question à la question 189, page 640. Vous l'avez? O.K.

Alors, effectivement, la possibilité, je dis bien la possibilité, parce qu'on rappelle chaque fois qu'on parle de cette question qu'il n'y a pas de pandémie, il n'y a pas de pandémie. Il y a une possibilité, un risque de pandémie. L'OMS, l'Organisation mondiale de la santé, sur une échelle qui a six échelons, nous place actuellement au risque de trois sur six. Donc, quelques cas de transmission à travers le monde de l'animal à l'humain, mais il n'y a pas encore eu de transmission interhumaine qui a été démontrée.

Rappelons qu'il y a déjà eu des pandémies de grippe aviaire sur notre planète, au XXe siècle. La plus célèbre d'entre elles est la grippe espagnole à la fin de la Première Guerre mondiale, également la grippe de Hong Kong et la grippe asiatique, il y a eu trois épisodes, dont un, bien sûr, est plus connu que d'autres, avec des taux de mortalité élevés. Mais il faut quand même prendre garde de souligner, notamment dans le cas de la grippe espagnole, qu'on est dans un contexte social, médical et scientifique très différent du contexte actuel.

Cependant, ce qu'on sait de l'épidémiologie actuelle de l'infection H5N1 de l'oiseau, c'est que, lorsqu'elle s'est transmise à l'humain, le taux de mortalité a été assez élevé. On sait qu'en Asie il y a un pourcentage élevé de

personnes qui sont décédées. Ça ne veut pas dire que la pandémie éventuelle, donc la transmission interhumaine, serait d'une gravité aussi sévère. Parce que, pour qu'il y ait une pandémie, il faut qu'il y ait une recombinaison du virus H5N1, qui est un virus aviaire, avec le virus d'influenza classique pour donner un nouveau virus mutant qui, lui, va causer la pandémie.

Ce virus n'étant pas connu, ça a deux conséquences: d'abord, c'est qu'on ne connaît pas sa sévérité et sa virulence, ça peut être d'une grosse épidémie de grippe annuelle jusqu'à une épidémie extrêmement sévère en termes de moralité, et que, deuxièmement, il n'y ait pas de vaccin possible, un vaccin ne peut pas être développé tant que l'identité ou la carte d'identité du virus n'est pas déterminée.

Mais de façon responsable, on l'a vu, on a décidé, et partout au Canada d'ailleurs et en collaboration avec nos collègues des autres provinces et du gouvernement fédéral, de publier un plan d'action. Et je mentionne en passant que nous allons, en fin de semaine, participer à une conférence fédérale-provinciale pour nous amener à partager ensemble nos expériences de planification et de réponse de façon à ce que, si la situation se présentait, on puisse réagir de façon commune. Parce que, dans ce domaine-là, on va s'entendre que les virus et la maladie ne respectent pas les frontières géographiques ni celles d'une juridiction.

Le plan, effectivement, convient de trois moments d'action: la préparation, l'intervention et le rétablissement. La première section du plan présente les concepts de base et les structures d'organisation qui seront déployés pour faire face à la pandémie. La seconde section contient 24 stratégies requérant plusieurs activités, toutes modulées selon les trois moments d'action concrets, donc: préparation, intervention, rétablissement. Et il y a cinq volets autour desquels se regroupent les stratégies: la protection de la santé et de la population, donc les interventions de santé publique; le fait de soigner les personnes atteintes, donc les interventions de santé physique; le bien-être psychosocial des personnes; l'information claire, valide et mobilisatrice; et le maintien du fonctionnement du réseau, parce que le réseau de la santé, comme l'Assemblée nationale, comme les médias, serait l'objet d'un absentéisme qui... Dans un scénario de gravité intermédiaire, qui est d'ailleurs le scénario que l'ensemble des pays du monde ont pris comme référence, on a un absentéisme qui peut atteindre le tiers de la main-d'oeuvre disponible. Donc, il faut se préparer en conséquence.

Le travail se poursuit. On sait qu'on avait... On a annoncé donc le plan national il y a déjà deux mois environ. On avait annoncé qu'au 31 mai les plans régionaux seraient terminés; c'est le cas. Et la prochaine étape est à l'automne, le déploiement des plans locaux. Donc, chaque établissement, chaque centre de santé et de services sociaux doit se doter d'un plan spécifique. On a des exercices de simulation qui sont également en cours, qui ont été faits, et d'autres à venir. Celui qui a été fait jusqu'à maintenant, c'est l'exercice de vaccination de masse qui a eu lieu ici, à Québec, qui nous a permis d'évaluer notre capacité de nous livrer à un exercice de vaccination de masse, en termes de nombre de personnes qui peuvent être couvertes à l'heure, du nombre de personnel requis — très utile, comme exercice.

On a d'autres simulations assez prochaines et qui seront l'objet de communications, notamment dans le

cas de ce qu'on appelle les milieux d'hospitalisation non traditionnels, c'est-à-dire des endroits où on pourrait diriger les personnes. Le premier choix sera, pour les personnes, de rester à la maison et d'avoir les autosoins, avec les communications avec le système de santé régulières, comment prendre soin nous-mêmes de la grippe, surtout dans ses formes les moins sévères. Lorsqu'il est nécessaire d'avoir des soins médicaux, bien d'avoir accès aux intervenants de première ligne et surtout d'être dirigé au bon endroit. Ce qu'il faut absolument éviter, c'est la concentration d'un grand nombre de malades, de toutes gravités confondues, dans le centre hospitalier, parce que, là, on a un effet de retour dans la communauté, à travers les travailleurs de la santé, du virus. Ça a été bien démontré dans le cas du SRAS, à Toronto, il y a trois ans.

Donc, ces sites d'hospitalisation non traditionnels nous permettront de concentrer les personnes avec un degré d'atteinte, je dirais, jusqu'à modéré pour limiter l'accès aux centres hospitaliers et aux soins intensifs aux personnes les plus gravement atteintes. Il y aura également des tests, au même moment, de la communication, de la façon de faire les liens avec les élus locaux, notamment les députés, les maires, les préfets de MRC, de façon à ce que ces gens soient également des relais d'information très utiles.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le député d'Orford.

Scénarios budgétaires en cas de pandémie de grippe aviaire

M. Reid: M. le Président, juste une petite question complémentaire. On est à l'étude des crédits, et je me demandais un peu, là, de quelle façon est-ce qu'on planifie financièrement ces éléments-là. Peut-être vous n'avez pas la réponse dans ce cas-ci. Mais je me dis, moi, advenant, disons, l'éclatement d'une pandémie, il y aurait des actions. Est-ce qu'on mettrait de côté les millions nécessaires pour faire ça, puis on les garde en attendant, et puis on... ou plutôt si on planifie certaines choses, comme j'imagine que les médicaments qu'on achète il faut les payer tout de suite, mais il y a d'autres éléments peut-être qui feront partie d'un plan d'urgence qui seraient mis en application à ce moment-là? Je ne sais pas si on peut juste avoir un petit éclairage sur cet effet-là. Il me semble que ça pourrait nous aider un petit peu à comprendre l'ampleur aussi, disons, de ce qui devrait être fait.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Il y a plusieurs degrés où on peut envisager l'évaluation économique ou financière d'une pandémie de grippe aviaire. Évidemment, l'impact plus large pour la société et variable est certainement très important, parce que l'absentéisme au niveau des entreprises, des milieux de travail va certainement... serait certainement important. Il y a, au niveau du système de santé, le plan d'action a divulgué le coût pour le système de santé d'une pandémie; dans le scénario qui était prévu, coût de 250 millions de dollars. Alors, c'est certain qu'on n'a pas à prévoir ça aux crédits, puisqu'on ne sait pas, par définition, quand la pandémie et si elle se produira, mais certainement que le fonds de suppléance

et tous les moyens seront pris pour que le système de santé soit au rendez-vous à ce moment-là.

Il y a des gestes d'investissement qui ont également déjà été faits. On a investi, jusqu'à maintenant, 11 millions de dollars pour la mise en place d'une réserve d'antiviraux. Rappelons que les antiviraux ne sont pas une panacée, c'est un médicament qu'on peut utiliser dans certaines catégories de personnes à risque mais dont on ne connaît pas d'avance l'efficacité réelle en temps de pandémie. On la fait... Par empirisme, on pense que c'est un médicament qui devrait être efficace, étant donné qu'il l'est pour l'influenza classique.

Mon collègue le ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, suite au budget, a obtenu des crédits de 79 millions de dollars d'immobilisations pour moderniser les installations de surveillance de la santé animale.

Dans le dernier budget du gouvernement fédéral, on a annoncé également une somme de 600 millions de dollars pour le Canada, et on aura l'occasion de discuter, au cours des prochaines semaines, de l'utilisation de ces sommes, pour accentuer la préparation des provinces et territoires à la pandémie appréhendée. On pense certainement au rehaussement de la réserve d'antiviraux, les capacités de vaccination, etc.

Donc, on voit déjà que les gestes financiers ont été posés. Et, au cours de la fin de semaine, avec mes collègues, on aura certainement l'occasion d'en discuter de façon plus approfondie.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Merci. Mme la députée de Nelligan.

Utilité de la thérapie hyperbare et orientations relatives à ce type de traitements

Mme James: Merci, M. le Président. J'aimerais... je souhaiterais aborder un autre sujet avec le ministre, celui de la médecine hyperbare. Je pense que, les collègues, on a tous eu l'occasion d'entendre ou de lire dans les médias des parents, hein, on a évidemment beaucoup de compassion pour ces parents-là qui ont des enfants atteints de paralysie cérébrale et qui revendiquent des traitements hyperbares pour leurs enfants. Sans dire que c'est une question controversée, je vous dirais, M. le Président, que c'est sûr que ces parents-là signalent que ces traitements-là ont des effets remarquables puis bénéfiques pour leurs enfants. Mais par ailleurs on peut entendre d'autres dire le contraire et que ces traitements-là n'auraient pas les effets dont parlent les parents.

Alors, je serais intéressée d'entendre de la part du ministre la position du ministre et du ministère à ce sujet. À quoi ça sert, la médecine hyperbare? Et la position du ministère là-dessus.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, M. le ministre, s'il vous plaît, je... Oui?

M. Charbonneau: ...on en avait parlé, la semaine dernière, de ça. Juste... Peut-être qu'elle n'était pas...

• (11 heures) •

Le Président (M. Bouchard, Vachon): J'imagine que le ministre a la même opinion que la semaine passée, à moins que la science ait évolué très rapidement.

M. Couillard: Ah, bien, avec encore un peu plus de détails, peut-être ce serait utile pour l'ensemble des parlementaires et la population qui nous écoute.

Alors, qu'est-ce que c'est, la médecine hyperbare? D'abord, hyperbare signifie à une pression atmosphérique plus élevée. C'est une façon de mettre en contact les tissus humains avec une quantité d'oxygène plus importante et une pression atmosphérique ambiante plus importante. L'indication classique, c'est les accidents de décompression, les empoisonnements au monoxyde de carbone ou les embolies gazeuses, mais l'élargissement a été important. L'indication s'est élargie aux problèmes reliés, entre autres, au cancer, au diabète, aux plaies, et particulièrement les plaies associées au diabète de même qu'aux greffes.

On a actuellement une capacité de traiter au Québec, avec deux centres qui se sont divisés la province en deux: l'Est et l'Ouest. Lévis et l'Hôpital du Sacré-Coeur sont les deux endroits au Québec où on obtient... où on a des chambres hyperbares. Et on a annoncé, on va bientôt annoncer l'augmentation de capacité des deux chambres, des chambres existantes et à Lévis et à Sacré-Coeur parce qu'il est prévu d'ajouter une chambre — ça avait été déclaré d'ailleurs il y a quelques mois — une chambre monoplace à l'Hôpital du Sacré-Coeur et une chambre multiplaces à l'Hôtel-Dieu de Lévis pour augmenter la capacité de traitement.

On va également reconnaître l'Hôtel-Dieu de Lévis comme centre d'excellence en recherche et traitement des plaies en médecine hyperbare avec l'Hôpital du Sacré-Coeur en appui, donc une approche de hiérarchisation des soins qui a été utilisée également dans d'autres domaines.

Maintenant, sur le plan de l'efficacité possible de la thérapie hyperbare sur des conditions autres, des situations autres telles que la paralysie cérébrale — et c'est la question qui en pratique a intéressé beaucoup de députés et de parents certainement qui sont touchés directement par la question — il y a une correspondance qui avait été envoyée en septembre 2002 par le président-directeur général de l'époque de l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé à notre consœur la députée de Rimouski, qui s'était enquis de la question et qui indiquait l'état actuel de l'évaluation. Et on place la paralysie cérébrale et la sclérose en plaques d'ailleurs dans la catégorie de thérapies ou de situations pour lesquelles la thérapie hyperbare n'a jamais eu d'illustration ou d'efficacité démontrée.

Il y a eu également, à l'Institut maritime du Québec, une étude prospective qui a montré que l'oxygénothérapie hyperbare n'améliorait pas la condition des enfants par rapport aux placebos. Placebo veut dire un traitement qui est neutre, qui n'a pas d'agent actif. Il y a également plusieurs institutions américaines et mondiales qui ont la même attitude. Même la Food and Drug Administration a transmis des lettres d'avertissement à certaines entreprises qui leur indiquent...

Je lis la lettre du Dr Battista en 2002. Des lettres d'avertissement à certaines entreprises leur indiquant que la publicité faite sur leur site Web promouvait l'utilisation de la technique pour des conditions non autorisées dont l'autisme, les blessures de sport, l'infarctus du myocarde, la paralysie cérébrale, le sida, le syndrome de fatigue chronique, etc.

Santé Canada, sur son site Web, à la rubrique Votre santé et vous, précise qu'il a autorisé le retour aux caissons

hyperbares pour traiter un certain nombre de maladies, mais fait part également d'allégations non démontrées à l'égard du traitement, et je cite le site de l'époque de Santé Canada: «L'oxygénothérapie hyperbare permet de traiter... Soyez sceptiques...» On dit: «Soyez sceptiques lorsqu'on proclame que l'oxygénothérapie hyperbare permet de traiter d'autres troubles tels que sclérose en plaques, paralysie cérébrale, cancer, sida, accident vasculaire cérébral ou migraine. Il n'existe aucune preuve scientifique démontrant que l'oxygénothérapie hyperbare est efficace pour traiter ces maladies.»

Bon, ceci étant dit, on voit que ce n'est pas juste au Québec que ces conclusions sont faites. Devant l'inquiétude compréhensible des parents devant la question, devant également des interventions qui ont été faites par les membres de l'Assemblée nationale, on a décidé de confier un nouveau mandat d'évaluation à l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé de façon à faire le point sur cette question, encore une fois, et de faire un survol des études scientifiques qui ont été publiées depuis pour voir si cette conclusion devait changer, mais on s'entend sur le principe fondamental qu'au Québec comme dans les autres systèmes de santé qui sont organisés de façon bien structurée l'introduction des technologies ne se fait qu'à la lumière d'une démonstration claire de leur efficacité thérapeutique.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, merci, M. le ministre. La parole est maintenant au député d'Orford.

Amélioration des soins aux aînés en perte d'autonomie

M. Reid: Merci, M. le Président. J'aimerais aborder la question des aînés en perte d'autonomie. Cette question est capitale pour la réorganisation des services et des soins, mais c'est aussi une question de dignité humaine. C'est souvent dans ces cas-là, et le soin qu'on apporte et la façon dont on traite nos aînés, particulièrement quand ils sont en perte d'autonomie, je pense que c'est un symbole de notre société, et il est important et il est clair que tous les membres de l'Assemblée nationale ont ça à coeur.

Cependant, il faut bien dire que le gouvernement précédent, M. le Président, avait pris des décisions au niveau des crédits associés à la santé, notamment, et donc ça a eu des impacts sur les personnes âgées et aînées en perte d'autonomie. Et juste quelques faits qui ont été rapportés à la suite de ce petit préambule là. Je poserai la question au ministre de montrer ce que veulent dire les sommes importantes investies dans ce secteur-là.

D'abord, pour le gouvernement précédent, en novembre 2001, le rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse intitulé *Rapport sur l'exploitation des personnes âgées* conclut à l'exploitation physique, psychologique, morale et financière des personnes âgées. Je suis certain que les parlementaires qui étaient au gouvernement, à ce moment-là, n'ont pas eu l'intention de faire ça, mais il reste que les décisions qui ont été prises ont eu ça pour effet.

En décembre 2001, le tome II du rapport du Vérificateur général 2000-2001 fait un constat d'échec en ce qui concerne le virage ambulatoire et les services

de soins et de maintien à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Ça se poursuit en 2002: le tome I du rapport du Vérificateur général 2001-2002 est tout aussi accablant pour le gouvernement de l'époque et vise cette fois particulièrement les services d'hébergement offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Encore une fois, je suis sûr qu'il n'était pas dans l'intention des parlementaires au gouvernement d'en arriver à cette conclusion, mais néanmoins les décisions qui ont été prises ont privé le système de santé et donc les aînés en perte d'autonomie de crédits importants.

Depuis 2003, on l'a dit plusieurs fois, 3 milliards de dollars de plus ont été associés à la santé, c'est-à-dire qu'aujourd'hui, dans le budget de la santé, il y a 3 milliards de plus qu'il y en avait en 2002. Ces 3 milliards là, ça peut paraître bien théorique. Ce que j'aimerais que le ministre nous dise, c'est: Ça se traduit comment, concrètement, ces 3 milliards de plus, quand on parle des aînés en perte d'autonomie? Il y a quand même... Ça veut dire quelque chose, on a fait quelque chose de différent avec ça, et d'ailleurs on n'entend plus ces critiques qu'on entendait en 2000, 2001, 2002. Alors, qu'est-ce que ça veut dire, concrètement, des crédits qui ont été ajoutés et qui sont maintenant dans les budgets de la santé, quand on parle des soins qu'on donne et de l'attention qu'on porte à nos citoyens, nos concitoyens aînés en perte d'autonomie?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre, vous voulez répondre à cette question du député d'Orford?

M. Couillard: Avec plaisir, M. le Président. Il y a plusieurs éléments qui sont en place et qui sont déployés... qui sont et qui seront déployés dans le but d'améliorer les services aux aînés en perte d'autonomie. Il y a d'abord des outils qui permettent d'améliorer la continuité et l'intégration des services: d'abord, l'implantation de l'Outil d'évaluation multiclientèle pour toutes les personnes qui requièrent les services reliés à la perte d'autonomie — on sait que l'outil est maintenant implanté dans l'ensemble des régions du Québec, il y a eu une formation qui a été faite aux 14 000 utilisateurs, de façon à ce que l'évaluation de la perte d'autonomie soit standardisée entre les différentes régions; l'implantation des groupes de médecine de famille — on en a parlé; l'implantation de la gestion des cas; l'implantation des réseaux locaux; l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dans le cadre du désengorgement des urgences. On sait que c'est... Un des éléments de cause des problèmes aux salles d'urgence, c'est la mauvaise prise en charge des aînés à l'extérieur du centre hospitalier.

Maintenant, pour améliorer l'accessibilité à la qualité des services et la qualité des services, rappelons: la gratuité des médicaments pour les personnes âgées, les 45 000 personnes âgées recevant le plein supplément de revenu garanti depuis juillet 2005; l'augmentation des crédits d'impôt, en 2005-2006, une hausse de 36 millions pour le soutien aux aidants naturels, pour rejoindre 66 000 personnes. Avant, un adulte hébergeant une personne de 70 ans et plus bénéficiait d'un crédit remboursable de 550 \$ qui, avec le budget 2005-2006, atteint maintenant 1 000 \$. Afin de mieux reconnaître le rôle joué par la famille élargie dans le processus de soutien aux personnes ayant une

déficience grave et prolongée ou aux personnes vieillissantes, les différentes mesures destinées aux aidants naturels des personnes sont, à compter de l'année d'imposition 2006, remplacées par un crédit d'impôt remboursable pour les aidants naturels pouvant atteindre 1 000 \$ à l'égard de chacune des personnes hébergées. Ça, c'était en 2005-2006.

En 2006-2007, à compter de 2007: une hausse de 54 millions de dollars du crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile des personnes âgées permettant l'admissibilité des services infirmiers, qui auparavant était peu couverts; la majoration du taux de crédit d'impôt pour les services de soutien à domicile de 23 % à 25 %; la simplification de la procédure d'obtention du crédit d'impôt, ce qui permettra à 290 000 aînés, soit 180 000 de plus qu'actuellement, de demeurer plus longtemps dans leurs résidences — on sait qu'il y a beaucoup d'aînés qui ne réclament pas le crédit d'impôt parce qu'ils ne connaissent pas son existence et que la procédure d'obtention était trop compliquée; la hausse du plafond des dépenses admissibles au crédit d'impôt de 12 000 \$ à 15 000 \$, ce qui correspond plus à la réalité.

Il y a également eu augmentation des budgets de soutien à domicile et d'hébergement: en 2003-2004, un ajout de 25 millions pour le soutien à domicile des aînés en perte d'autonomie et de 6 millions pour l'amélioration des services en hébergement institutionnel; en 2004-2005, 50 millions pour le soutien à domicile des aînés en perte d'autonomie, 13 millions pour l'amélioration des services en hébergement institutionnel; en 2005-2006, 35 millions récurrents pour la mise en oeuvre du plan d'action pour les services aux aînés dans chacune des régions et un autre 35 millions, en 2006-2007 — et là on permet à chacune des régions de se doter d'un plan spécifique qui permet d'ajuster l'allocation des ressources selon qu'on a besoin de faire plus d'efforts en services à domicile, en rehaussement en institution ou en développement de ressources autres, alternatives, d'hébergement.

● (11 h 10) ●

Les cibles qui ont été fixées aux agences dans le cadre du processus de reddition de comptes sont les suivantes: l'augmentation du nombre de personnes âgées desservies en soutien à domicile, l'augmentation du nombre d'interventions en soutien à domicile par personne âgée et l'augmentation du nombre d'interventions en soins infirmiers et d'assistance ainsi qu'en services professionnels pour les personnes hébergées en CHSLD. On sait que, pour les soins à domicile, on peut déjà démontrer, depuis 2003, une augmentation de 30 000 personnes de plus rejointes en services à domicile et accentuation de l'intensité également des services qui leur sont donnés.

Je voudrais également mentionner l'annonce récente, le 30 mars dernier, d'un programme de 11 millions de dollars pour le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique, qu'on appelle en abrégé PEFSAD. Les députés en général sont très familiers avec ce programme-là. Cet investissement qui est important, attendu depuis plusieurs années par les entreprises d'économie sociale, contribuera entre autres à améliorer la gamme de services de soutien à domicile. Le financement supplémentaire servira à consolider les entreprises d'économie sociale et en aide domestique de façon à assurer des services de qualité à la clientèle et un meilleur accès. Il faut se souvenir que ces entreprises rejoignent de nombreuses personnes au Québec, emploient

également des centaines de nos concitoyens, des milliers même de nos concitoyens et luttent contre le travail au noir de façon très efficace tout en assurant une présence à domicile qui permet aux personnes d'y rester plus longtemps.

Donc, j'aurais encore beaucoup de choses à dire, M. le Président, mais vous m'indiquez, tel un sémaphore, qu'il me faut maintenant m'interrompre.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci, M. le ministre. Et tout simplement pour fins de rappel, là, en ce qui concerne le temps restant: il y a un bloc de 30 minutes qui sera dévolu du côté de l'opposition, un bloc de 20 minutes du côté ministériel, un autre bloc de 20 minutes du côté de l'opposition et les minutes restantes pour les remerciements d'usage et le vote. Alors, nous amorçons un autre bloc, celui de 30 minutes avec l'opposition.

Services ambulanciers en région

M. Charbonneau: Bien. Merci, M. le Président. Je voudrais aborder le problème d'inéquité de services de première ligne important qui existe au Québec, c'est en regard de la couverture des services ambulanciers ou paramédics, là, sur le territoire.

Il y a deux façons de faire. Il y a plusieurs territoires, au Québec, urbains qui sont couverts par des services ambulanciers où les ambulanciers patrouillent le territoire ou sont dans une caserne et finalement sont en mesure d'avoir un temps de réponse assez rapide. Et puis il y a beaucoup d'endroits au Québec qui sont plutôt dans un autre mode de fonctionnement, c'est un mode de fonctionnement qui fait en sorte que les ambulanciers sont chez eux, disponibles 24 heures par jour pendant une période de sept jours. Et, à ce moment-là, quand il y a un appel, bien il faut qu'ils se rendent chercher l'ambulance et puis, par la suite, répondent à l'appel. Le résultat, c'est que ça crée des délais parfois considérables. Encore...

Bon, ce matin, l'actualité nous ramène un cas dans *Le Quotidien*, dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, un citoyen dénonce les services d'urgence: ça a pris 18 minutes avant d'avoir une ambulance sur un appel d'urgence d'un accident de la route. Il y a quelques jours à peine, c'était dans les médias de la région de Granby, c'était dans *La Voix de l'Est* du 26 avril, puis c'était le maire de Granby lui-même qui a dû attendre 25 minutes avant qu'une ambulance se porte à son secours quelques jours plus tôt, parce que finalement l'ambulance, les gens... les ambulanciers qui ont répondu à l'appel, c'étaient des ambulanciers qui étaient sur appel. Donc, c'étaient des horaires de faction, donc les gens étaient chez eux. Le temps qu'ils aillent chercher l'ambulance, qu'ils finalement répondent à l'appel puis se retrouvent sur les lieux pour donner le service, bien ça a pris pas mal de temps, 25 longues minutes. Puis là on pourrait multiplier les cas comme ça. Il y en a des centaines par année.

Alors, les techniciens ambulanciers ont alerté le gouvernement il y a déjà plus d'un an, pour lui dire: Écoutez, ce système-là devait être un système temporaire. Ça a été mis en place il y a plusieurs années, mais il serait temps de le réviser. Et, nous, on vous propose une autre approche qui permettrait un déploiement plus

dynamique qui ferait en sorte que les ambulanciers seraient à l'heure, travailleraient à l'heure, et les véhicules seraient déployés différemment sur le territoire, en fonction du volume d'appels puis de la distance à couvrir.

Moi, j'ai rencontré les représentants de la CSN, qui nous ont expliqué un peu la façon dont ils entvoient la solution, et je pense que c'est vraiment très intéressant parce que ça permettrait concrètement de faire en sorte que, par un déploiement différent, on puisse offrir le même niveau de services en région puis dans les milieux ruraux, semi-ruraux qu'on peut l'offrir dans les milieux urbanisés. Alors... et là, il y a comme un... il y a une revendication qui est en fait une revendication qui n'est pas dans la négociation, puis là on essaie de confondre, semble-t-il, ce dossier-là avec la négociation sur les conditions salariales, les conditions de travail des ambulanciers, ce qui n'est pas le cas parce que c'est une discussion sur le type de services qu'on doit donner à la population, et les ambulanciers puis leurs représentants réclament du gouvernement la mise sur pied d'un groupe de travail qui opérerait rapidement.

Ça a pris bien du temps avant que finalement le ministère délègue des gens, et puis là il semble que le travail se fait à pas de tortue, d'une part, et qu'on n'a pas... on essaie de mêler ce dossier-là avec le dossier de la négociation.

Et, moi, ce que je voudrais savoir de la part du ministre, c'est comment il voit le problème, là, parce que est-ce qu'il est conscient que ce problème-là existe à bien des endroits au Québec? Aujourd'hui, ce n'est plus acceptable de tolérer les délais de réponse si longs, surtout si on peut être en mesure de corriger le tir. Les gens nous disent, puis ils ont fait la démonstration, que ça coûterait à peu près 6 millions de dollars. Les gens se font dire par les représentants du... Non, ça a coûté 60 millions. Moi, je dis: Écoutez, à ce moment-là, confrontons les deux versions, confrontons les chiffres et regardons.

Moi, j'ai fait l'exercice avec les ambulanciers puis leurs représentants, et je crois que le 60 millions qu'avancent certains responsables ou certains fonctionnaires du ministère de la Santé, c'est un chiffre exagéré. Est-ce que le ministre accepterait de mettre en place un groupe de travail mixte qui analyserait la situation puis qui, dans un délai rapide, lui proposerait des solutions? Parce que s'il y en a des solutions puis si elles ne coûtent pas si cher que ça par rapport au besoin de répondre d'une façon rapide aux situations d'urgence, bien je ne vois pas pourquoi, au Québec, on créerait deux classes de citoyens, ceux qui doivent attendre et devront attendre une réponse plus longue si jamais ils ont un accident ou un besoin de services d'urgence ambulanciers puis ceux qui sont plus en sécurité parce qu'ils vivent dans une zone urbaine et qui, à ce moment-là, les ambulanciers ne sont pas chez eux à attendre un appel puis devoir, par la suite, aller chercher l'ambulance, mais ils sont dans l'ambulance ou ils sont à la caserne et puis ils sont prêts à répondre en quelques instants, quelques minutes et être sur les lieux pour faire le nécessaire.

Puis là ne mêlons pas les affaires, il ne s'agit pas d'avoir des premiers intervenants, là, il s'agit d'ambulanciers qui ont une formation particulière, qui sont capables de donner les premiers soins qui, dans certains cas, sont capables justement de sauver des vies, un, parce qu'ils

peuvent répondre plus rapidement puis, deuxièmement, parce qu'ils sont formés pour donner certains types de soins déjà dès le départ, sur place.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Couillard: Oui, M. le Président, bien involontairement, effectivement il y a un aspect de service puis il y a un aspect de négociation. Puis, bien involontairement, le député de Borduas s'insère dans la négociation lorsqu'il dit: Bien là, il faut confronter les versions quant aux impacts financiers. C'est ça, fondamentalement, la négociation...

M. Charbonneau: Est-ce que le ministre me permettrait juste une remarque sur ça avant de poursuivre?

M. Couillard: Oui.

M. Charbonneau: Je veux lui dire, parce que j'ai pris la précaution de dire que ce n'est pas une question de négociation, là, ce n'est pas... quand j'amène ce dossier-là à son attention puis sur la place publique, puis ça l'a déjà été au cours des derniers temps, il y a des gens qui peuvent prétendre que c'est de la négociation. Ce n'est pas de la négociation, c'est une question de service public de première ligne, un service d'urgence, et du niveau de service que les citoyens sont en droit d'attendre. Ce n'est pas une négociation entre la CSN puis le gouvernement. La négociation, c'est: Est-ce que le gouvernement est conscient qu'il y a des endroits où le taux de réponse est trop long, ça crée des problèmes, ça peut créer des décès, ça peut créer des problématiques de santé, à long terme, graves? Ce n'est pas une question de négociation, là, ce n'est pas avec la CSN qu'il faut négocier ça, c'est avec...

● (11 h 20) ●

M. Couillard: M. le Président, je vais répondre à la question, mais c'est de la négociation aussi. Ce que demande la CSN, puis je comprends le député de Borduas à vouloir relayer leur message, là, ce que demande la CSN, c'est un changement majeur d'organisation de travail puis de financement directement pour eux, là. Alors ça, ça s'appelle de la négociation. D'ailleurs, en région, on rencontre sans arrêt des gens de la CSN qui nous disent qu'ils sont en négociation là-dessus; donc, quelque part, il y a un élément de relations de travail là-dedans.

Mais il y a également des éléments qui passent facilement inaperçus, et la question me permet de les ramener en juste perspective. D'abord, c'est une grosse erreur d'envisager le préhospitalier comme étant uniquement associé aux services ambulanciers. Ça commence avant les services ambulanciers, puis notamment pour les petites localités isolées, il n'y a pas une ambulance qui n'arrivera jamais à temps pour un arrêt cardiaque. Alors, c'est la question du déploiement des premiers répondants, des secouristes, des gens qui sont éduqués pour faire les manoeuvres de réanimation qui va apporter une solution, ce n'est pas les ambulances. D'ailleurs, les études scientifiques sont nombreuses à ce sujet-là, que la façon d'améliorer le taux de survie des victimes d'arrêts cardiaques, il y a une étude d'ailleurs dans le *New England Journal of Medicine* en août 2004 qui montre que les

mesures les plus efficaces, notamment dans les situations d'arrêts cardiaques, sont les interventions de proximité effectuées par des proches, les secouristes désignés ou les premiers répondants, tel que démontré donc par l'étude OPALS. Alors, ce n'est pas les ambulances qui vont améliorer cette situation particulière, puis il faut faire attention de ne pas... de séparer les arguments, là, parce que c'est naturel pour une partie de la chaîne de réclamer l'exclusivité de la solution, mais en pratique, ce n'est pas le cas.

Je vous rappelle également que pour le pré-hospitalier et les actions importantes qui ont été posées, il y a 12,5 millions de dollars qui ont été investis déjà pour améliorer les horaires de travail. Le milieu du pré-hospitalier a été fortement professionnalisé par la mise en place du diplôme d'études collégiales, à notre demande d'ailleurs, avec celle de mon collègue ministre de l'Éducation, de sorte que la première cohorte rentre en formation en septembre prochain. Là, il y a lieu de se féliciter de ce progrès-là et également les expériences de pratique avancée qui vont se déployer à Montréal.

Maintenant, parlons plus spécifiquement de la question des horaires de travail, et sans nous mêler de la négociation qui se fait ailleurs, mais disperser certaines idées reçues. La première idée reçue, je viens de la corriger, là, c'est que c'est uniquement en agissant sur le transport ambulancier qu'on améliore le système préhospitalier. Le système préhospitalier, c'est une chaîne d'intervenants, et une partie importante, c'est le transport ambulancier, mais il y a encore une fois toute la question de l'éducation des proches et des premiers répondants qui doit demeurer également l'objet d'une priorité.

Alors, il y a des impacts qui sont reconnus, de la conversion. Supposons qu'on prenait tous les horaires de faction puis qu'on les transformait en horaires, comme demande le syndicat de CSN, à l'heure. Je vais attendre qu'on m'écoute bien, parce que c'est important comme... Alors, il n'y a aucune augmentation du niveau de service offert. La conversion des horaires de travail n'engendre pas une augmentation d'une seule ambulance de plus.

Deuxièmement, il n'y a pas d'impact significatif du temps de réponse sur le taux de mortalité et de morbidité en traumatologie. Pour les autres pathologies, dont la cardiologie, les modes d'intervention comme les premiers répondants et la formation des citoyens en RCR offrent de meilleurs résultats.

Troisièmement, l'implantation de quarts de travail à l'heure dans les zones ayant un trop faible volume d'appels et de transport amènera par la suite des revedications secondaires qui auront des impacts importants sans améliorer nécessairement la santé de la population et la prise en charge dans les situations d'urgence. Effectivement, les coûts de système pour conserver la même couverture territoriale en transformant les horaires de faction, c'est 64 millions de dollars, et ça, c'est bien compté. Et effectivement c'est normal et naturel pour l'autre partie négociante de minimiser les coûts, mais les coûts sont majeurs, et l'argent mis là n'ira pas ailleurs.

Il y a des balises qui existent pour l'organisation et la dispensation des services par zone ambulancière; jusqu'à 800 transports annuels, c'est l'horaire de faction 7/14; de 800 à 3 000 transports annuels, c'est un modèle mixte faction/heure en fonction des particularités de la zone; plus de 3 000 transports annuels, c'est des horaires à l'heure.

Je voudrais donner quelques statistiques au député de Borduas également. 85 zones sur 180 au Québec ont moins de 800 transports par année. Je suis certain qu'il ne recommande pas donc le... parce que sinon, son gouvernement l'aurait fait, là; pendant des années, ils étaient aux prises avec la même situation, puis il n'y a jamais rien eu qui a été fait autre que ces balises-là que, nous, on a confirmées. Alors, 85 zones sur 180 ont moins de 800 transports par année, et là, clairement, ce n'est pas des zones appropriées pour l'horaire à l'heure; c'est des zones où l'horaire de faction doit demeurer, et il faut bonifier, au contraire, le service des premiers répondants. 28 en ont plus de 3 000 sur 180. 74 zones n'ont qu'un seul véhicule 24 heures par jour, puis il y a 195 quarts de faction au Québec. Alors, ça, ça se vit partout sur les territoires.

On est en cours de conversation puis de négociation avec la CSN pour ça, mais ne minimisons pas les enjeux syndicaux autour de ça, là, il ne faut quand même pas être naïf. Mais l'amélioration de la qualité et l'accessibilité du service préhospitalier, ça passe bien sûr par la professionnalisation du service ambulancier, par l'augmentation des ressources, par l'amélioration des taux de réponse — on sait qu'il y a environ 80 % des appels qui sont actuellement l'objet de réponse en dedans d'une vingtaine de minutes au Québec — et nécessairement la dispersion plus grande des services de premiers répondants.

Alors, je suis certain que le député de Borduas va, suite à ces informations, avoir une attitude plus équilibrée. Il n'est pas logique, il n'est pas logique, il n'est pas scientifique, il n'est pas rationnel pour quiconque de recommander l'abandon total des horaires de faction, là, ce n'est pas rationnel, ça n'a aucun lien avec la réalité. Ce qu'il faut faire, c'est avoir une approche gradée selon le type de région dont on parle, le nombre d'appels, le degré d'éloignement des communautés, la présence ou non des premiers répondants. Ça, c'est une façon logique de le faire, mais pas de façon globale et non discriminée, comme on voudrait le faire croire. Et les impacts financiers sont majeurs; ils sont loin d'être mineurs, ils sont majeurs.

M. Charbonneau: M. le Président, le ministre, il me prête... il n'a pas interprété correctement la question, puis je n'ai jamais dit qu'on devrait abolir totalement les horaires de faction partout. Ce que je dis, c'est qu'il y a bien des endroits où on pourrait le faire, et c'est ça que les ambulanciers et leurs représentants suggèrent. Et ce qu'ils disent au ministre puis au ministère: Nous, on a fait une évaluation, puis on est capables de vous faire la démonstration que, pour 6 millions de dollars, on est capables d'améliorer d'une façon significative, dans bien des endroits au Québec, la situation puis le temps de réponse. C'est ça qu'ils disent. Puis ils disent: Dans le fond, là, on veut nous embarquer dans ce dossier-là puis on veut refuser de discuter avec nous, sous prétexte qu'on négocie actuellement avec le ministère sur d'autres questions.

La réalité, c'est que ce n'est pas une question de négociation dans le sens où c'est une question de services publics. Si, au ministère... puis le ministre de la Santé reconnaît qu'il y a des temps de réponse trop longs... Qu'il aille dire ça au maire de Granby, là, qui a attendu 25 minutes parce que les ambulanciers étaient chez eux, alors que, s'il y avait eu un autre mode d'organisation du

service ambulancier à Granby — ce n'est pas sur la Côte-Nord, ça, là, puis ce n'est pas dans une région éloignée — bien, je veux dire, le maire, il aurait été pas mal plus satisfait, puis bien des citoyens auraient été plus satisfaits.

Ce que je dis au ministre, puis c'est ça... puis je me suis fait faire la démonstration, puis je l'invite à prendre le temps que j'ai pris à aller rencontrer les représentants, puis accepter d'être lui-même sensibilisé à la fois à la problématique et aux solutions qui ont été développées. Puis il va se rendre compte qu'il y a moyen d'améliorer en n'investissant pas 64 millions, comme il le dit, mais en investissant beaucoup moins et d'avoir un niveau d'amélioration, dans plusieurs secteurs du Québec, significatif.

C'est clair qu'il y a des endroits au Québec, les distances sont telles, puis la concentration de la population, puis le déploiement... tu sais, le Québec, c'est quoi? C'est cinq fois la grandeur de la France, là, alors, tu sais, c'est un immense territoire, puis la population, sur cet immense territoire là, n'est pas répartie et densifiée de la même façon. Ça, tu sais, je suis très bien au fait de ça, puis les gens, les représentants des ambulanciers aussi.

Mais ce que je vous dis, c'est que ça n'a pas de bon sens, là, qu'en 2006 il y a des temps de réponse si grands. On a posé la question, puis une des réponses qu'on a eues, on dit: On a le sommaire des temps de réponse moyens par région, là. Tu sais, dans des régions, là, Saguenay—Lac-Saint-Jean, 21 minutes; Abitibi-Témiscamingue, 22 minutes; Nord-du-Québec, 23 minutes — Mon Dou! — Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 43 minutes — je ne sais pas ce qui s'est passé parce que l'année d'avant, c'était 18 minutes; c'est rendu à 43 minutes — Laurentides, 23 minutes. Je prendrais l'exemple de Granby, c'était 25 minutes pour... Le maire, remarquez, il n'a pas à avoir un traitement privilégié parce qu'il est maire, mais ça s'adonne que... parce que c'est le maire, là, on en a parlé.

Et, encore une fois, la question, c'est... Moi, je veux bien qu'on améliore la chaîne des intervenants, là, puis que... tout ça, c'est bien beau, les premiers intervenants, mais, vous-même, dans une des réponses qu'on a formulées, on dit: Il n'y a aucune somme qui a été allouée pour la formation de base de la population en général, puis, pour ce qui est de la formation des premiers répondants, les sommes engagées sous cette rubrique visent surtout l'implantation et le maintien des compétences. Bon, bien, si vous me dites que vous mettez de l'argent juste pour maintenir les compétences, ça ne nous donne pas plus de premiers répondants sur le terrain, et ça n'améliore pas le temps de réponse des gens, puis la capacité, la sécurité que les citoyens doivent avoir pour... à un moment donné, au cas d'accident. Là, on parle de quelque chose qui est souvent question de vie ou de mort.

● (11 h 30) ●

Et encore une fois, si le ministre ne me croit pas puis s'il pense que je fais la job de la CSN aujourd'hui, je l'invite, je l'invite à aller rencontrer... je l'invite à prendre trois quarts d'heure de son temps, hein? Puis ils ont une présentation très claire, puis, lui-même va voir que finalement on peut aborder la question différemment de la façon dont on lui a dit de l'aborder, parce que finalement les gens de son ministère, ils ont préparé toute une série d'explications qu'il nous a données, mais, moi, je vous le dis, là, faites-le vous-même, l'exercice. C'est vous qui êtes le ministre de la Santé, faites-le,

l'exercice, et vous allez voir que ça ne va pas vous coûter 64 millions, puis que ça ne va pas nous coûter collectivement 64 millions, et que, pour 5, 6, 7 millions, on peut avoir un rendement pas mal supérieur et en un espace de temps beaucoup plus loin.

Mais encore une fois vous n'êtes pas obligé de me croire. Je vous lance le défi ou l'invitation, faites l'exercice que j'ai fait et puis acceptez qu'il y ait un comité de travail hors négociation qui regarde ça au mérite. Puis, en bout de piste, de deux choses l'une, les gens ont raison, puis on peut le reconnaître... Ce n'est pas parce que c'est la CSN qu'on ne peut pas être capable de reconnaître qu'à un moment donné des représentants syndicaux peuvent avoir raison de temps en temps. Il n'y a pas juste les boss puis les dirigeants patronaux, s'agisse-t-il du gouvernement, qui ont toujours raison. Puis, s'ils ont tort, bien ils auront tort, puis vous ferez la démonstration, puis tout le monde, ce sera clair.

Mais là je vous le dis, là, il y a un gros problème. Dans bien des régions du Québec, là, le monde en a ras le bol parce qu'ils savent qu'il y a des alternatives. Ce n'est pas comme s'il n'en existait pas, d'alternatives. Puis ce n'est pas vrai encore une fois, selon beaucoup de gens, que ça coûterait si cher que ça pour, dans bien des endroits, améliorer, d'une façon significative, la situation.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Couillard: Bien, il y a plusieurs éléments intéressants qui sont soulevés. Tu sais, un... L'objectif qu'on poursuit, c'est la professionnalisation du secteur préhospitalier, puis peut-être qu'un jour il y aura un ordre professionnel. Mais, quand l'interlocuteur est un syndicat, c'est bien difficile de faire la différence entre les considérations qui sont des considérations de négociation puis celles qui ne le sont pas ou qui le sont à moitié, là. Quand même, il ne faut pas être naïf, là, là-dedans.

M. Charbonneau: ...dire la même chose aux fédérations médicales.

M. Couillard: Ah! je leur dis souvent. Je leur dis souvent. Vous seriez surpris, M. le député de Borduas. Plus souvent que vous l'avez fait à l'époque, quand vous étiez au gouvernement d'ailleurs. D'ailleurs...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Je vous inviterais à rester sur le sujet tous les deux, s'il vous plaît.

M. Couillard: D'ailleurs, je suis toujours sidéré de voir que, dans les politiques qu'eux-mêmes ont mis en place, on nous demande maintenant de les modifier. Je rappelle que cette problématique-là s'est posée pendant les années de pouvoir du gouvernement du Parti québécois, incluant mon prédécesseur immédiat, le député de Rousseau, qui a fait une entente qui consacre l'état de fait. Alors, quand même, il y aurait peut-être lieu d'en discuter en caucus, là, puis de parler du bilan préalable à ce qui est fait maintenant.

Maintenant, je répète, encore une fois, qu'il y a des choses qui doivent être répétées. On est ouvert... Je suis content, je suis rassuré de voir que le député de Borduas ne demande pas la conversion totale des horaires de

faction. Bon, c'est parfait. Parce qu'au début je me demandais si c'était dans cette direction-là qu'il allait. S'il demande le fait de considérer les régions une par une, puis les sous-régions une par une, puis faire des modifications au besoin, oui, on est partant. D'ailleurs, c'est ce qui est fait. On a investi de l'argent, les dernières années, là-dessus.

Puis il y a des balises. Je le répète, les balises sont connues. C'est des balises qui existaient puis qui ont été mises au point sous son gouvernement. Alors, nous, on les trouve sensées, ces balises-là: jusqu'à 800 transports annuels, horaire de faction; de 800 à 3 000 transports annuels — c'est là que se situe la zone intermédiaire, là — modèle mixte, faction ou heure, en fonction des particularités de la zone — c'est-à-dire que, dans certaines sous-régions, on peut être à l'heure, puis, dans d'autres, en faction; puis plus de 3 000 transports annuels, bien on va vers les horaires à l'heure. Alors, ces balises-là sont très connues. Les caractéristiques des régions également sont très connues. On est prêt à certainement faire ces discussions-là région par région et sous-région par sous-région.

Et, en terminant, j'indique qu'à Granby, là, ils sont à l'horaire à l'heure. Alors, voilà un exemple qui prouve que ça n'a rien à voir, là. La qualité puis l'accessibilité des services ambulanciers, c'est déterminé par bien d'autres facteurs que le type de rémunération ou le type de quart de travail que les techniciens ambulanciers suivent.

M. Charbonneau: Dans le cas de Granby, là, je m'excuse, mais finalement l'explication qui a été donnée publiquement, là, ce n'est pas ça. L'explication, c'était que les ambulanciers étaient chez eux, étaient en horaire de faction, puis il y a eu un temps de réponse de 25 minutes.

M. Couillard: Faisons attention aux cas particuliers, là.

M. Charbonneau: Bien, écoutez... Bien, un cas particulier, c'est ça pareil.

M. Couillard: C'est la période de relève, puis moi, on m'indique que, dans cette région-là, les ambulanciers sont à l'horaire horaire. Alors, on fera la vérification. Si j'ai fait erreur, je reviendrai le dire avec plaisir au député de Borduas. Mais alors il faut faire attention aux généralisations puis aux impressions préconçues. Et je crains que, dans son désir, que je partage, d'améliorer les services à la population, le député de Borduas, comme c'est souvent le cas d'ailleurs pour sa formation politique, ne se fasse l'allié objectif des forces syndicales, là. Ils ont ce problème-là historiquement et ils le font actuellement.

M. Charbonneau: Bien, peut-être que, tu sais, sans faire l'allié objectif, je pense que j'essaie de juger au mérite la valeur des propositions. Puis, si elle vient d'un boss, c'est bon si c'est bon; si elle vient d'un syndicat, c'est bon si c'est bon; si ce n'est pas bon, ce n'est pas bon. Mais je vous donnerais un bon conseil d'ami, moi, tu sais: Si vous changez un peu votre discours antisyndical, ça vous aiderait peut-être, dans l'opinion publique et auprès d'une bonne partie des citoyens du Québec, à avoir une cote de popularité puis d'appréciation de vos performances, là...

M. Couillard: De toute façon, M. le député de Borduas, votre chef a perdu 14 points depuis qu'il est là...

M. Charbonneau: Oui, oui, mais...

M. Couillard: ...alors je serais prudent à votre place. Et deuxièmement, deuxièmement, là, nous, c'est pour l'ensemble de la population qu'on travaille, pas pour les syndicats puis les groupes d'intérêts, ce que, vous, vous avez fait pendant neuf ans, et c'est ce est la différence entre notre formation politique et la vôtre.

M. Charbonneau: Bien, continuez à tenir un discours antisyndical, là, continuez à tenir un discours antisyndical...

M. Couillard: On ne crée pas de... on n'a pas de discours antisyndical...

M. Charbonneau: ...vous êtes bien partie pour creuser votre tombe.

M. Couillard: On n'a pas de discours antisyndical, on a un discours pour la population au-delà des groupes d'intérêts...

M. Charbonneau: Bien, alors, bien, moi, aujourd'hui, j'ai parlé de la population.

M. Couillard: ...et vous n'avez jamais pu vous libérer des groupes d'intérêts, et vous en êtes incapables.

M. Charbonneau: Non, non. Laissez donc faire ça, là. Je vous ai parlé de la population puis des gens qui attendent pour des services de première ligne aujourd'hui, puis qui dans le fond demandent juste à savoir qui a raison et qui a tort. Et je vous mets au défi — vous ne m'avez pas répondu — je vous mets au défi de prendre 45 minutes de votre temps, comme je l'ai fait, de vous faire faire la démonstration, puis de mettre sur pied un comité de travail, hein, mixte, où des gens de votre ministère, et des gens de la CSN, puis des gens de... ils vont regarder région par région comment ça pourrait être amélioré, puis à quel coût, puis qu'on puisse avoir, dans un délai de quelques semaines ou quelques mois, mais je pense que ça pourrait être quelques semaines, un portrait de situation, puis vous pourriez être surpris.

Mais si le résultat de l'exercice n'est pas concluant, il ne sera pas concluant. Mais s'il l'est, là, il y a des milliers et des dizaines de milliers de citoyens au Québec qui seraient bien contents de voir leur sécurité améliorée par rapport à des situations d'urgence qui pourraient leur arriver. C'est juste ça. Et ça, là, ça n'a aucun rapport avec les intérêts syndicaux puis des alliances avec telle ou telle centrale syndicale.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, si vous permettez, M. le ministre, avant que vous ne répondiez, je veux simplement indiquer que j'ai toléré un intermède préfectoral, mais je n'en tolérerai plus, de la part des deux côtés. S'il vous plaît, M. le ministre.

M. Couillard: Le mot intermède est bien choisi, ça nous a permis à chacun de...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Ventiler.

M. Couillard: ...de faire état de nos préoccupations.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Maintenant que la ventilation...

M. Couillard: Et rappelons que c'est la Semaine anti-stress.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Maintenant que la ventilation est faite, je vous invite à répondre.

M. Couillard: Puis c'est le député de Borduas lui-même qui m'a dit que, des fois, c'est bon de laisser sortir ce qu'on ressent, c'est bon pour gérer le stress.

M. Charbonneau: Je suis content de voir que vous mettez ça en pratique, vous aussi. C'est bien!

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre, le député de Borduas vous invite maintenant à d'autres choses. Est-ce que vous répondrez avec tout autant de sympathie? Allez-y.

M. Couillard: Et puis j'assure encore le député de Borduas de ma considération. Mais je veux juste dire que les balises, elles sont connues. Un groupe de travail pourquoi? Les balises sont là. Alors, qu'on fasse un exercice avec les représentants des techniciens ambulanciers région par région, sous-région par sous-région, oui, on en est et on veut le faire, on le fait, et ça va être fait.

Maintenant, il faut suivre des balises qui sont des balises logiques, là. Je pense que les balises que j'ai données sont des balises qui sont raisonnables, logiques, qui sont encore une fois les balises mises au point sous le gouvernement précédent et qu'on a entérinées parce qu'on les trouve sensées.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, il reste trois minutes à ce bloc. Est-ce qu'il y a une autre question de la part du député de Borduas?

M. Charbonneau: Bien, disons que j'avais...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Le trois minutes comprend la réponse du ministre, donc...

Impact de l'augmentation du nombre de greffes d'organes sur le budget des hôpitaux

M. Charbonneau: Oui, c'est ça. Non, je sais que... J'avais plusieurs autres sujets, je vais en prendre un gros dans le prochain bloc, là, mais, pour celui-ci, puisqu'il ne reste pas grand temps, la semaine dernière, parce qu'on a abordé de l'autre côté, tantôt, la question des dons d'organes, on a eu une présentation, il y a des députés des deux côtés qui étaient là avec... puis on a eu une représentation intéressante, des conférences, entre autres, d'un médecin de Québec, un urgentologue qui nous disait — puis ça, ça a surpris tous les députés qui étaient là — que ce n'était pas avantageux pour un hôpital, par exemple, comme L'Enfant-Jésus, au plan budgétaire,

de faire beaucoup de greffes d'organes; ça coûte plus cher à l'hôpital.

Ça, là, il nous a dit ça ici, à l'Assemblée, là, aux parlementaires. Puis quand le ministre... quand les députés se font dire ça puis qu'ils ont l'occasion de parler au ministre de la Santé, comme on l'a aujourd'hui, la question, elle se pose. Écoutez, est-ce que... Puis ça, c'est un urgentologue réputé qui nous dit: Voici la situation. Qu'est-ce que le ministre répond à ça?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, si on suit cette logique, on est mieux d'arrêter d'opérer complètement, là, parce qu'effectivement, quand on opère des gens pour le coeur, pour le cerveau, puis qu'on fait une transplantation, ça coûte cher. Puis on en augmente chaque année le nombre de transplantations, puis on a le taux de dons d'organes le plus élevé au Canada. Mettons les choses en perspective, puis il n'est pas question de limiter ces activités-là.

Mais je dirais cependant que, connexe à ça, encore une fois un enjeu syndical, alors enjeu syndical, enjeu d'intérêt public. Enjeu d'intérêt public, c'est quoi? C'est améliorer l'accès aux dons d'organes et la transplantation. Enjeu plus syndical qui d'ailleurs fait l'objet de conversations actuellement avec la fédération concernée, c'est la rémunération des médecins qui oeuvrent en milieu universitaire, notamment, parce que c'est là que se pratiquent les transplantations, pour que la prise en charge de patients lourds, complexes, de situations compliquées, fasse l'objet d'une reconnaissance. Alors, on est dans ce domaine-là, puis on espère avoir des progrès de ce côté.

Mais il faut faire attention. De dire de quelque façon que ce soit: Le ministère voudrait limiter le nombre d'interventions très coûteuses, là, non, on n'en est pas là; on veut sauver le plus de vies à chaque année, faire plus... comme d'ailleurs le député de Borduas, là, on est tous du même côté, là, et c'est une façon un peu courte de présenter la situation, comme d'ailleurs c'est un peu court, ce matin, la publicité de la FMSQ sur la question de l'accès aux services. Il faut éviter ce genre de raccourci.

● (11 h 40) ●

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, c'est un bon mot pour passer du côté ministériel. Il reste un seul bloc. Je donne la parole à la députée de Chambly.

Bilan des mesures visant à améliorer l'accès aux soins en région

Mme Legault: Merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, je veux vous entretenir de l'accès aux soins, en région particulièrement. Je sais que, dans notre programme électoral, en campagne électorale, le Partenaires pour la santé, là, on prévoyait que le gouvernement poserait des gestes concrets rapidement, pour promouvoir notamment l'installation des médecins en région puis améliorer l'offre de service aussi en région.

Alors, est-ce que vous pouvez nous faire état évidemment des gestes posés depuis notre élection puis état aussi de la situation actuelle?

M. Couillard: Alors, M. le Président, très brièvement, avant de répondre à la question, j'ai l'information finale sur la question de Granby, là, pour qu'on soit tous sur la même longueur d'onde. Effectivement, à Granby, les ambulanciers sont à l'horaire à l'heure, mais, au moment où s'est présentée la situation, le relais a été fait à Waterloo, et, à Waterloo, ils sont en horaire de faction. Alors, la réponse, c'était correct des deux bords, là, il y a une partie qui est en faction puis une partie qui est à l'horaire à l'heure. Ça montre d'ailleurs la différence des deux types de zone.

Alors, la formation des médecins est un des éléments les plus importants pour déterminer le site d'installation des médecins en région, et c'est utile non seulement dans les régions éloignées et isolées du Québec, mais également dans l'ensemble des régions non universitaires, et particulièrement les régions périphériques.

En 2004, on a fixé la cible d'augmenter le nombre de postes de résidence de façon à atteindre un pourcentage significatif de stages en région, soit entre 10 et 15 % dans les programmes spécialisés et de 30 à 35 % dans les programmes de médecine familiale. Et il faut souligner que, depuis 2003, le nombre de mois de stages en région a augmenté de 55 %. La décentralisation de la formation médicale doit s'accroître parce que, d'une part, il faut améliorer l'exposition à la pratique médicale en région non universitaire et faire face également, d'autre part, à l'accroissement du nombre des étudiants et des résidents en médecine. On sait qu'on a augmenté de façon très significative les admissions en médecine au cours des dernières années. Puisque les crédits qui étaient investis dans le programme de soutien à l'enseignement n'étaient pas suffisants pour soutenir l'ensemble des stages en région, une somme supplémentaire a été accordée en 2005-2006, portant à 8,1 millions de dollars le budget total du programme étendu à l'ensemble des régions universitaires. Les crédits financiers en 2006-2007 sont disponibles à hauteur de 9,1 millions de dollars. Donc, on est en train d'ajuster des programmes de formation également et de soutien pour qu'on puisse faire une action qui correspond à ces objectifs de formation.

Maintenant, pour les médecins en exercice, on parle effectivement du plan régional d'effectifs médicaux. Je voudrais, avec le consentement de la présidence puis de l'Assemblée, je pourrais transmettre... Je vais le transmettre, parce que ce n'est pas un document sur lequel il y a une source identifiée, là. Le député de Borduas m'a demandé — je ne sais pas si éventuellement on... O.K.; le député de Borduas m'a demandé — de lui fournir un document concernant le processus d'élaboration des plans régionaux d'effectifs spécialisés. Alors, j'ai ce document qui peut être transmis aux membres de la commission.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, il sera transmis aux membres de la commission. Merci.

M. Couillard: Alors, on a également un autre document — je m'excuse, madame, de vous faire marcher aller-retour, là.

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

M. Couillard: Parce que j'en profite, parce que c'est des documents que je m'étais engagé à transmettre à la commission. C'est le PowerPoint de la présentation technique de M. Clermont Gignac sur l'évaluation des coûts. On avait dit qu'on le transmettrait à la commission, le voici, de même que le mode d'élaboration des plans d'effectifs en médecine spécialisée que vous aviez demandé il y a quelques jours, là. On le transmet.

Donc, revenons à l'élaboration des plans d'effectifs en médecine générale. En 2004, il y a eu une entente particulière qui a été convenue entre le ministère et la FMOQ pour prévoir la règle de gestion de l'application des plans régionaux d'effectifs médicaux. À cet effet, pour les régions universitaires et pour les régions périphériques, des cibles distinctes sont prévues pour les nouveaux médecins qui débiteront leur pratique en 2005 et pour ceux déjà en pratique, de façon à répartir de façon plus équitable les médecins déjà en exercice. Pour les autres régions du Québec, la composition des cibles peut être modifiée, sans toutefois dépasser le recrutement total autorisé.

Le PREM 2006 en médecine générale prévoit la répartition de 358 ajouts bruts entre les différentes régions du Québec et est en vigueur depuis le 1er décembre 2005. Ce plan signifie à chacune des régions du Québec les cibles régionales d'ajouts bruts autorisés de médecins omnipraticiens du 1er décembre 2005 au 30 novembre 2006. Ce plan 2006 prévoit une installation de 51 % des nouveaux médecins en début de pratique, soit 96 des 190 nouveaux médecins attendus, dans les régions intermédiaires et éloignées.

Une rencontre s'est tenue donc avec les représentants des agences et les chefs de département régional de médecine générale et la FMOQ afin de faire le point sur l'évolution du PREM 2006 et des orientations en vue de l'élaboration de celui pour 2007. Les résultats préliminaires de recrutement de médecins spécialistes et omnipraticiens dans les régions intermédiaires et éloignées ainsi que la mesure du niveau d'atteinte des objectifs qui en découlent conditionnent les propositions quant aux objectifs de croissance qui seront alloués.

Et je dirais également: Les actions concrètes prises par les agences régionales pour l'intégration des médecins étrangers en attente de parrainage — on sait qu'il y en a plus de 100 actuellement au Québec... Et je suis toujours surpris, lorsque je vais dans les régions, de voir qu'on parle beaucoup du problème d'effectifs médicaux avec raison alors qu'on a, pour eux, disponible, un bassin de plus de 100 médecins omnipraticiens et spécialistes qui peuvent être recrutés relativement rapidement. Et nous mettons les outils à leur disposition pour ce faire.

Nous avons créé Recrutement Santé Québec, nous organisons des visioconférences pour mettre en contact les établissements et les candidats, nous payons le stage d'évaluation lorsque le parrainage est confirmé et nous sommes prêts également à d'autres mesures de soutien pour favoriser les contacts entre les milieux d'accueil et ces médecins. Alors, il nous apparaît, et pour la population également, très difficile à comprendre que l'ensemble des régions ne profite pas de ces occasions de recrutement alors que, dans plusieurs endroits, les besoins d'effectifs sont criants.

Maintenant, si on passe au plan d'effectifs médicaux en spécialité, nous avons créé donc les quatre réseaux

intégrés universitaires de santé, les RUIS, qui collaborent maintenant... Ils sont le troisième joueur à la table d'élaboration des plans d'effectifs avec la Fédération médicale et les ministères pour... Cette table établit des principes sur lesquels repose la gestion des effectifs, propose un niveau de besoins par établissement et par spécialité, analyse les postes disponibles et les besoins de recrutements proposés par les associations, convient des propositions de recrutement prioritaire à être validées par les directeurs régionaux des affaires médicales du côté du ministère et les associations du côté de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, accompagne quelques-unes des propositions de recrutement prioritaire d'une proposition générale d'organisation en réseau.

Ce qu'on veut dire par là, c'est qu'on permet parfois des recrutements dans un établissement qui semble relativement bien pourvu en échange de l'engagement du département d'assurer une desserte dans un établissement pas trop lointain qui est souvent en difficulté.

Il y a des unités de médecine de famille également qui sont en déploiement. J'ai participé à deux annonces cette semaine, d'ailleurs, une à Gaspé pour augmenter, doubler la superficie de l'unité existante, et une à Baie-Comeau hier également, une unité toute neuve d'enseignement en médecine de famille qui est maintenant disponible. Il y en a également à Trois-Rivières, Amos, La Sarre, Beauce, Lac-Etchemin, Rimouski, Maizerets. En 2006, on prévoit celle de Des Basques dans Kamouraska, Maria, Alma, Val-d'Or; pour 2007, Val-d'Or et Shawinigan, et également d'autres dossiers qui sont actuellement en élaboration.

Et pour ce qui est des antennes de formation médicale des facultés de médecine en région, autant à Trois-Rivières qu'à Chicoutimi et Saguenay, on connaît le succès énorme que cette formule obtient, d'une part, pour les étudiants eux-mêmes, pour les communautés et les régions. Et il s'agit probablement du geste le plus structurant jamais posé par un gouvernement pour favoriser l'installation de médecins en région: donc, l'extension et le déploiement de la formation sur tout notre territoire et non pas seulement dans les régions universitaires, mais également dans les régions périphériques et même plus éloignées.

Et c'est une, je dirais, parmi ce qui a été réalisé depuis 2003, c'est un grand sujet de fierté pour nous, le déploiement de ces antennes de facultés de médecine en région.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Y a-t-il une autre...

Mme Legault: Un commentaire.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Oui, Mme la députée de Chambly.

Mme Legault: Un petit commentaire. Je voulais formuler toute mon appréciation à mon collègue pour le travail accompli puis le bilan très, très positif des actions qui ont été mises en oeuvre.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, je suis certain que cette appréciation est bien reçue, Mme la députée de Chambly. M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: Vous savez, Mme la députée de Chambly, le ministre est très heureux de vos propos et le député de Borduas aussi, j'ai constaté ça. Ça fait que ça en est tant mieux.

M. Charbonneau: ...dépasse un peu trop, là. Dépasse pas mal, à matin, là.

M. Paquin: Je sais que vous êtes gêné de le dire, M. le député de Borduas, mais je le dis pour vous.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le député de Saint-Jean, avez-vous une question, s'il vous plaît?

Stratégie de mise en œuvre de la Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives

M. Paquin: M. le Président, merci beaucoup. Écoutez, je voudrais qu'on parle de la mise en vigueur de la Loi sur le tabac. Un récent sondage... Et là, là-dessus, le député de Borduas va être d'accord avec moi, je suis convaincu. Le récent sondage d'à peine quelques heures confirmait que la majorité des Québécoises et des Québécois étaient très heureux et très heureuses de cette loi. 93 %, je crois, des gens étaient heureux de cette mise en vigueur.

Un peu plus tôt dans l'étude des crédits, on a parlé d'ailleurs que notre gouvernement avait beaucoup d'importance — et, M. le ministre, vous l'avez mentionné — à la lutte contre le tabagisme. Et on sait qu'au mois de juin dernier nous avons adopté une loi qui va justement dans ce sens-là, au niveau de l'interdiction de fumer dans des endroits publics, et, par le fait même, aider l'amélioration de la santé des Québécois et des Québécoises.

Donc, M. le ministre, comment avez-vous préparé cette mise en vigueur qui va être dans trois semaines, sauf erreur, là, en fonction?

• (11 h 50) •

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre

M. Couillard: Merci, M. le Président. Il s'agit... on parle souvent de prévention dans les débats, il s'agit probablement d'un geste de prévention parmi les plus efficaces, la diminution du taux de tabagisme au Québec. Rappelons que l'usage du tabac est associé non seulement à plusieurs cancers, dont le cancer du poumon qui est en forte hausse au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes en raison du taux de tabagisme plus élevé, mais également d'autres types de cancers, les maladies cardiovasculaires, pulmonaires chroniques, etc., donc un impact sur la santé qui est considérable.

Alors, la première loi avait été adoptée en 1998 par mon prédécesseur, M. Rochon, je crois. À l'époque, première étape, diminution du taux de tabagisme de plus de 35 % jusqu'à à peu près 25 %. On est encore plus élevé qu'ailleurs au Canada. La nouvelle loi adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale nous permet d'aller encore plus loin et de viser... au moins de rejoindre la moyenne canadienne pour ce qui est du taux de tabagisme, baisser sous les 20 %, et qui sait, même, peut-être aller plus loin. On a vu d'ailleurs, hier, une enquête d'opinion qui montrait que la grande... vaste majorité des Québécois supporte

et l'esprit et la lettre de la loi qui maintenant comporte plusieurs mesures qui permettent de protéger les non-fumeurs contre la fumée de tabac dans l'environnement.

On sait qu'à partir du 31 mai, il y aura interdiction de fumer dans les salles de bingo, les bars, les brasseries et les tavernes; la disparition des aires fumeurs dans les restaurants — donc les restaurants seront entièrement non-fumeurs; les centres commerciaux, les salles de quilles, les salles de billard, les centres de congrès et autres lieux de divertissement; interdiction de fumer dans les aires communes des immeubles comportant de six à 12 unités de logement, en sus de l'interdiction actuelle qui est aux immeubles de 13 unités et plus; interdiction de fumer lors d'une réception privée ainsi que dans les clubs, cercles et autres organismes sans but lucratif auxquels seuls les membres ou les invités ont accès, sauf bien sûr si ces activités ont lieu dans une demeure; interdiction de fumer dans les taxis et dans les autres véhicules transportant deux personnes ou plus et obligatoirement utilisés dans le cadre d'un travail; interdiction de fumer dans les tentes, chapiteaux et autres installations semblables, y compris celles sur les terrasses qui accueillent le public — mais là on a indiqué un certain accommodement dans l'interprétation de la loi selon le degré de ventilation et de tolérance pour la présence bien sûr des non-fumeurs, et c'est un aspect qu'on va surveiller au cours des premiers mois de l'application de la loi, la situation sur les espaces extérieurs; interdiction de fumer à l'extérieur dans un rayon de neuf mètres de toute porte qui mène à un établissement de santé et services sociaux, ainsi que les autres activités où se trouvent des mineurs.

Il ne sera permis de fumer que dans un fumoir fermé et ventilé ne pouvant être utilisé que par les dirigeants et les employés du lieu où se trouve le fumoir, ça inclut l'Assemblée nationale, jusqu'au 31 mai 2008. Un maximum de 40 % des chambres d'un établissement de psychiatrie offrant de l'hébergement et d'autres centres d'hébergement, 40 % maximum des chambres d'un établissement touristique, d'un hôtel, par exemple, dans un salon de cigares, sous certaines conditions cependant qui permettent de confirmer la vocation de l'établissement comme étant spécialisé dans ce domaine-là.

On veut également continuer à prévenir le tabagisme chez les jeunes: interdiction à quiconque et non seulement aux commerçants de vendre du tabac à un mineur; accroissement de la sévérité des sanctions pénales et administratives; augmentation de l'amende pour le commerçant et suspension du droit de vendre du tabac pour une période d'un mois dès la première infraction; instauration pour l'employé d'une amende variant de 100 \$ à 300 \$; affichage obligatoire de l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs et d'une mise en garde sur les effets nocifs du tabac sur la santé; interdiction de fumer sur les terrains d'un centre de la petite enfance, des écoles primaires et secondaires aux heures où ces établissements reçoivent des enfants ou des élèves à partir de septembre 2006; et même chose pour l'interdiction de fournir du tabac dans les locaux ou sur les terrains des écoles primaires et secondaires.

On réduira également la promotion faite en faveur du tabac avec une définition légale du point de vente de tabac comme étant un lieu fermé et immobile, c'est important; notamment l'enregistrement obligatoire d'ici le 15 juin 2006 des points de vente auprès du

Registrai des entreprises; l'interdiction totale des étalages des produits du tabac à compter du 31 mai 2008 dans presque tous les points de vente du tabac. Or, ça ne s'applique pas aux boutiques hors taxes ainsi qu'aux salons de cigares et aux boutiques spécialisées en opération le 10 mai 2005. Le gouvernement pourrait réglementer cependant l'étalage pour limiter l'exposition dans ces lieux. Interdiction d'exploiter un point de vente dans les lieux suivants: lieux où se déroulent les activités sportives, culturelles, artistiques et de loisirs, cégeps et universités, restaurants avec ou sans permis d'alcool, bars, brasseries et tavernes. Interdiction totale de vendre du tabac au moyen d'un appareil distributeur; identification à de la publicité indirecte de l'utilisation d'un nom, d'un logo, d'un signe distinctif, d'un dessin ou autre image qui évoque raisonnablement une marque d'un produit du tabac; interdiction de fournir un objet qui n'est pas un produit du tabac et sur lequel figure un nom, dessin, logo ou signe distinctif associé au tabac.

On veut également accroître le taux de conformité à la loi, et bien sûr on aura une approche particulièrement énergique à partir du 31 mai prochain qui sera bien sûr largement basée sur la sensibilisation et l'éducation. D'ailleurs, on a plusieurs outils promotionnels qui sont disponibles et sur le site Internet et à titre de document. Il y a une notice pour les employés des établissements qui leur explique le contenu de la loi, une notice, un autocollant également qu'on peut appliquer, on dit: *Merci de faire de cet endroit un environnement sans fumée*. On a même, pour les bars, des sous-verres qui vont être distribués, et les bars seront un endroit où il y aura une attention particulière qui sera apportée. Et ces très belles affiches, *Le Québec respire mieux*, c'est un choix collectif qu'on a fait ensemble, à l'Assemblée nationale collectivement et pour l'ensemble de la société, à partir du 31 mai prochain. Et je dirais une activité particulière des inspecteurs sur le terrain, particulièrement au cours des premières semaines d'application de la loi.

Je termine en faisant un appel particulier à nos collègues de l'Assemblée nationale et à leur personnel de façon à ce que la loi soit, bien sûr, on s'y attend, appliquée, mais non seulement appliquée, mais rigoureusement appliquée dans l'enceinte de cette Assemblée qui a appliqué la loi à l'unanimité, rappelons-le.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Y a-t-il d'autres questions du côté ministériel pour ce bloc de 20 minutes? Je n'en vois pas. Alors, nous passons du côté de l'opposition pour un dernier bloc de 20 minutes ou à peu près.

Équité interrégionale dans le financement des services de santé

M. Charbonneau: Bien, merci, M. le Président. Alors, il y a tellement de sujets que j'aurais voulu aborder, on n'aura pas le temps, mais il y en a deux que je voudrais aborder, alors je vais essayer de prendre les deux, là, c'est-à-dire un après l'autre, si le ministre pouvait collaborer et faire en sorte qu'on puisse aborder les deux. Je lui dis tout de suite les deux sujets: l'équité interrégionale et puis le dossier des déficits, là, des établissements, pour faire le point un peu où on en est.

Alors, dans le cas de l'équité interrégionale, vous

vous rappelez que, lors de la campagne électorale, vous nous avez fait beaucoup de promesses au sujet du règlement de ce dossier-là qui traîne en longueur depuis très longtemps. Les deux partis sont responsables d'une certaine façon ou ont dirigé le ministère à des époques différentes où le problème a continué d'exister.

Quand on était là, en 2002-2003, on a commencé à mettre en place un plan sur trois ans, puis on avait évalué à ce moment-là le coût du problème d'inéquité interrégionale à 311 millions. En 2004-2005, le montant a été réévalué, de votre côté, à la hausse à 337 millions. Là, ce qui serait important de savoir, c'est on en est où?

Et il y a eu une rencontre dont j'avais fait état d'ailleurs avec le regroupement. Les établissements de santé qui sont concernés ont créé un Regroupement pour l'équité en santé et services sociaux, puis ils ont rencontré le ministre au mois d'octobre dernier. Et, à ce moment-là, le ministre leur avait dit: Bien, écoutez, je suis bien conscient du problème, je vais essayer de voir, je n'ai pas beaucoup d'argent, je ne sais même pas si je vais en avoir assez pour prévoir les coûts de système. Et, à ce moment-là, il avait été convenu, parce que le ministre a demandé des propositions concrètes pour régler la répartition du financement et les écarts dans un délai de trois à cinq ans.

Et donc les établissements ont envoyé une lettre au ministre au mois de décembre, lui suggérant un certain nombre de solutions. Et là le problème, c'est qu'ils n'ont pas eu de réponse encore à la lettre qu'ils ont envoyée au mois de décembre. Alors, est-ce que le ministre compte leur répondre prochainement? S'il l'a déjà fait, est-ce qu'il peut déposer la réponse? Puis est-ce qu'il peut nous faire le point sur la situation de l'équité interrégionale? Et dans quelle mesure et dans quel délai il compte faire en sorte que le problème soit résorbé et qu'on puisse avoir, au niveau de l'ensemble du Québec, des établissements puis des agences qui disposent des sommes équivalentes ou, du moins, des budgets qui nous permettent de dire qu'il y a une équité dans la capacité de répondre aux besoins des citoyens puis de dispenser les services médicaux et hospitaliers correctement?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, M. le ministre.

M. Couillard: Merci, M. le Président. C'est un domaine dans lequel il me fait plaisir d'intervenir parce qu'il nous permet de décrire les accomplissements du gouvernement, encore une fois, et sur une base comparative et même analytique, dirais-je. Pardon?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Vous avez un graphique?

M. Couillard: Ah, plus tard, dans le deuxième sujet. Mais j'ai expliqué au docteur... au docteur... c'est un honneur que je lui fais, au député...

M. Charbonneau: J'aurai un jour un doctorat honorifique. Après, je ne sais pas si on a droit à ça après 25 ans de vie parlementaire, mais en tout cas on verra bien. Pour le moment, disons que j'apprécie la marque d'appréciation du ministre.

● (12 heures) ●

M. Couillard: C'est encore une marque de mon appréciation envers le député de Borduas. Effectivement, plaçons ça dans un contexte historique, puis je le fais encore une fois aujourd'hui. C'est le député de Rousseau qui avait mis en place, en 2002, la première ébauche d'un groupe de travail sur l'analyse de l'équité interrégionale et la façon d'y remédier. À l'arrivée de notre gouvernement, en avril 2003, nous avons décidé d'accélérer les travaux de cette table pour en venir à une entente avec les régions, sur la façon de corriger l'équité interrégionale. C'est important de préciser certains points.

Et, M. le Président, je voudrais donner l'assurance que je ne vais pas manger le temps de l'autre sujet, si vous pouviez me donner un peu d'indications qui me permettent de minimiser la longueur de mes réponses.

C'est que ça explique pourquoi, entre les écarts bruts qui étaient mentionnés en 2002 et ceux qui sont mentionnés maintenant, il y a des différences, parce que tout le régime a été raffiné, le mode d'application a été raffiné, il a été pondéré sur plusieurs facteurs.

Mais, pour répondre directement au député de Borduas, qui m'écoute avec attention actuellement, il fait état effectivement qu'en 2004-2005 l'écart d'équité interrégionale totale se chiffrait à 337 182 998 \$, selon les calculs du ministère. En 2005-2006, on a baissé ça à 286 840 650 \$, et, en 2006-2007, une bonne nouvelle encore une fois, on va amenuiser l'écart. Alors, je vais répéter brièvement — je ne suis pas sûr qu'il y avait une attention soutenue: en 2004-2005, 337 182 998 \$; en 2005-2006, 286 840 650 \$; et on prévoit en 2006-2007, parce qu'on a eu des développements budgétaires, encore une descente à 249 794 639 \$. Donc, près de 100 millions de réduction de l'équité interrégionale en seulement deux ou trois années.

C'est remarquable, et c'est dû, d'une part, à la volonté que nous avons de régler progressivement le problème et également au travail qui se fait au niveau de la table de discussion. Parce que le modèle est en évolution constante. Chaque année, il y a des améliorations qui sont apportées suite aux remarques qui sont faites par les différentes régions, et effectivement on se trouve, dans les régions, dans trois situations possibles. Parce que ce qu'on fait fondamentalement, lorsqu'on fait la correction d'inéquité interrégionale, c'est qu'on compare le budget historique avec celui qui est attendu sur la base des besoins de la population.

Et donc une région, suite à cette analyse, peut se retrouver excès relatif. Je dis bien «relatif», parce que personne ne peut prétendre à la richesse dans le système de santé, tout est une question de comparaison. Donc, trois situations possibles: un excès relatif de ressources, un déficit relatif de ressources ou un équilibre. L'exemple classique de l'excès relatif de ressources, c'est la région de Montréal. L'exemple classique du déficit relatif de ressources, c'est la Montérégie. Exemple d'équilibre, je pense que l'Abitibi, je pense que c'est à peu près dans une zone d'équilibre, sauf erreur, là. Donc, on est dans les trois situations. Donc...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre, vous voulez répéter cette dernière... la région en équilibre? Parce qu'on n'a pas capté dans les micros, là.

M. Couillard: En équilibre, bien, c'est l'Abitibi. Bien, c'est un exemple que je donne, tout simplement, mais ce qu'il faut surtout, c'est donner des exemples des

deux extrémités de la courbe, qui sont Montréal et la Montérégie, qui sont des bons exemples. Bon,

Alors, s'il n'y avait pas de développement budgétaire, on n'est pas capable de corriger l'inéquité interrégionale parce que, par définition, ça voudrait dire qu'il faut retirer des budgets aux régions qui sont en excès de ressources relatif pour en ajouter aux autres. Alors, la correction se fait sur la base de deux éléments de développement budgétaire qui historiquement ont été rarement assurés de façon constante, dans l'histoire du système de santé: d'une part, les développements budgétaires de services, mais également une partie du coût de système spécifique, qui permet également de rétablir un élément de correction de l'équité.

Donc, on a un progrès qui est en fait très important. On a déjà presque 100 millions de progrès d'équité interrégionale, ce qui a permis, par exemple, à la Montérégie, de corriger rapidement... bien, rapidement... de commencer rapidement à corriger sa situation, et c'est la raison pour laquelle c'est la Montérégie qui a bénéficié des plus importants développements budgétaires au cours des dernières années.

Je donne un chiffre qui montre l'importance du phénomène dans ces deux régions: à Montréal, le surplus relatif — j'insiste encore sur le mot «relatif» — est calculé actuellement à 190 millions de dollars; et en Montérégie, le manque relatif est calculé à 125 millions de dollars. Alors, de loin, la Montérégie est la région qui est la plus en manque de ressources. Les régions qui sont considérées en surplus relatif, il y a Montréal, la Capitale-Nationale et le Bas-Saint-Laurent.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre, je vais permettre une question du député de Borduas, vous indiquant que, dans un premier sous-bloc, là, de 10 minutes...

M. Charbonneau: De toute façon, c'est mon choix d'aborder...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): ...si vous comptez donner une part égale aux deux thèmes, là, il vous reste 1 min 30 s.

M. Charbonneau: Oui. Je comprends, mais, comme c'est mon choix d'aborder un ou l'autre des thèmes, là, je voudrais juste continuer un peu sur ça. C'est parce que le ministre n'a pas indiqué... comme il a rencontré les gens au mois d'octobre... les gens de l'exécutif du Regroupement pour l'équité en santé en région, j'essaie de concilier sa réponse parce que ce qu'il m'a dit, c'est qu'il y avait un groupe de travail, ou une table, là, il a rencontré les gens puis il leur a proposé... il leur a demandé finalement de faire des suggestions pour faire la correction d'ici trois à cinq ans. Et eux ont fait des propositions puis ils ont écrit une lettre, au mois de décembre, au ministre et il n'ont pas eu de réponse.

M. Couillard: Il y a eu des réponses.

M. Charbonneau: Ah bon! Bien, est-ce que ça serait possible...

M. Couillard: La première lettre a été l'objet d'une réponse par le sous-ministre associé, M. Paquet.

Et la deuxième lettre a également une réponse qui est probablement dans le courrier ou qui n'est peut-être pas parvenue mais... Ils ont été un peu imprudents, là — amicalement, je leur dis — d'en revenir à des conclusions définitives après cette rencontre parce que ce que je leur avais dit lors de la rencontre, c'est ce que je viens de vous dire. C'est que sans connaître d'avance l'état du budget qui arrive, on ne peut pas s'engager à continuer, pour l'année qui vient, la correction puisque ça prend des développements budgétaires pour le faire. C'était ça uniquement, le message que je leur donnais, qui est un message qui correspond au mode d'allocation budgétaire sur lequel toutes les régions se sont entendues.

Alors, ils ont effectivement voulu apporter des solutions, je les en remercie là-dessus, mais ces solutions sont en analyse puis en travail, puis elles vont être soumises au groupe de travail sur le mode d'allocation. Mais il faut faire attention pour ne pas créer de nouveaux biais, là. À chaque fois qu'on arrive avec un nouvel élément qui peut paraître séduisant, on risque d'introduire un nouveau biais dans le système auquel il faut être très, très sensible.

M. Charbonneau: Là, si je vous comprends bien, vous avez un groupe de travail, eux vous ont proposé un certain nombre de solutions, vous venez de leur répondre, au niveau sous-ministériel, et là il y a une analyse qui continue de se faire des propositions qu'ils avaient faites.

M. Couillard: C'est continu. Le travail du groupe, en fait c'est une table, on appelle ça une table, mais c'est un forum permanent d'échange, là, est en travail continu, c'est-à-dire que, chaque année, on refait l'analyse de ce qui s'est passé l'année précédente puis l'année en cours puis on voit des biais, des erreurs, ou des mauvaises appréciations parce que c'est certain que, dans les deux cas, on arrive avec des représentations au niveau de la table. Les régions qui sont en excès relatif essaient de démontrer que, dans le fond, elles ne sont pas si riches que ça, puis les régions qui sont en déficit relatif essaient de démontrer qu'elles sont encore plus pauvres qu'on pense. Oui, alors, on m'indique qu'une partie des propositions que le groupe fait consistent à des compressions budgétaires pour les régions en excès. Alors, nous, on n'accepte pas. On ne fera pas de compressions budgétaires.

M. Charbonneau: Est-ce que votre objectif... quand vous les aviez rencontrés au mois d'octobre, je pense que vous aviez indiqué que vous souhaitiez que ça se règle d'ici trois à cinq ans. Est-ce que c'est toujours l'objectif que vous avez? Puis je présume que... je regarde mes collègues de Saint-Jean puis de Chambly, nous autres, on est dans la Montérégie, nous autres, on est dans la région, là, où ça fait longtemps qu'on sait qu'il y a un problème.

M. Couillard: Montérégie, M. le Président, doit se féliciter d'avoir un gouvernement libéral qui s'occupe véritablement du problème parce qu'effectivement les plus grands développements budgétaires de l'histoire de la Montérégie sont observés depuis 2003, en raison de l'application de la correction de l'inégalité interrégionale.

M. Charbonneau: Commencée avant, mais, moi, je ne veux pas me chicaner avec vous sur ça, là. Ce que je veux savoir, là, c'est que vous reconnaissiez vous-même qu'on en a encore un bon bout de rattrapage à faire.

M. Couillard: J'ai jamais dit... je voudrais dire au député, moi, je n'ai jamais mentionné trois à cinq ans, y compris dans cette rencontre-là. Le terme qu'on s'était fixé initialement, c'est de cinq à sept ans.

M. Charbonneau: Cinq à sept ans.

M. Couillard: Cinq à sept ans. Ça a toujours été ça qui a été dit publiquement au niveau du ministère et par moi-même, et, par la suite, le rythme va dépendre, je dirais, des développements. À chaque année qu'il y a des développements budgétaires, on peut faire un bout. C'est comme ça que ça fonctionne.

M. Charbonneau: Oui, mais quand vous dites cinq à sept ans, est-ce que vous reculez à partir d'il y a trois ans, c'est-à-dire cinq à sept ans à partir de 2003 ou cinq à sept ans à partir de maintenant? Ça fait comme une différence, là. Disons sept ans, plus trois ans, ça va faire 10 ans ou sept ans moins trois ans, ça fait quatre ans à attendre.

M. Couillard: C'est à partir de la première année d'application, qui est 2004-2005. Maintenant, le rythme, personne ne peut le prédire parce que ça dépend, encore une fois, de la disponibilité des développements.

Une petite bonne nouvelle pour la Montérégie, M. le Président, rapidement. La Montérégie, depuis 2003-2004, a reçu plus de 25 % des développements budgétaires au Québec, alors qu'elle représente 18 % de la population: un total de 95 649 000 \$ de développements budgétaires. C'est sans précédent. Si je compare, pour la même période, 95 649 978 \$ pour la Montérégie alors que, pour la même période, Montréal a reçu 54 millions. Alors, ce n'est pas ce qu'on voyait auparavant.

Alors, on a vraiment... on est en train vraiment de déplacer les budgets de fonctionnement et les infrastructures beaucoup vers les couronnes de Montréal. D'ailleurs, l'ouverture du centre d'oncologie est un exemple, il y en aura d'autres pour la couronne nord également. Et je pense que la démarche est solide, et ce que j'aime, moi, c'est qu'elle est évolutive; on la corrige à chaque année.

● (12 h 10) ●

M. Charbonneau: Mais, juste pour concilier parce que, dans le plan stratégique de votre ministère 2005-2010, vous disiez au niveau de l'enjeu 4 pour l'équilibre budgétaire, vous disiez que votre cible, c'était de réduire d'au moins 50 % les écarts estimés de financement entre les régions. Est-ce que, là, vous corrigez le tir puis vous dites dans le fond: On veut le réduire de 100 %, mais on se donne quelques années de plus?

M. Couillard: Pour les analystes au ministère puis la table d'étude, dès qu'on va être en bas de 50 %, ça ne veut pas dire que le problème est réglé, mais le problème sera fortement amené. Lorsqu'on aura diminué le montant à 50 % du montant d'origine, on aura fait un gros progrès.

M. Charbonneau: Mais juste pour qu'on se...

M. Couillard: Mais notre objectif, ce n'est pas de s'arrêter là, là, c'est 100 %, l'objectif, mais encore une fois la rapidité d'atteinte de l'objectif dépend des développements. Et ce qu'on peut souhaiter entre nous, c'est qu'on ait encore un gouvernement libéral pendant de nombreuses années, parce que c'est le seul gouvernement qui, année après année, après année, fait des développements budgétaires à la santé, ce qui n'était pas connu avant 2003. Donc, pour la poursuite de cette entreprise de correction d'inéquité, deux conditions essentielles: la réélection d'un gouvernement libéral et surtout pas de référendum, pas d'incertitude économique, pas d'effondrement des investissements dans les services publics.

M. Charbonneau: Bien, écoutez, si vous voulez prendre de mon temps pour parler de ça, on peut s'en parler pour le reste du temps qui m'est imparti, là. Mais, moi, ce que je veux savoir, ce n'est pas moi qui ai fait la promesse de régler l'affaire en quelques mois. Tu sais, dans le fond, moi, je me retrouve avec un ministre qui, pendant la campagne électorale, disait: Le dossier de l'équité interrégionale ou de l'inéquité interrégionale est tellement important qu'on va le régler en quelques mois. Là, trois ans et demi plus tard...

Une voix: ...

M. Charbonneau: Bien, écoutez, c'est des coupures de presse...

M. Couillard: Citez-moi, M. le Président, une déclaration où on a dit qu'on réglerait l'inéquité interrégionale en quelques mois.

M. Charbonneau: Il n'y a pas juste vous qui parliez, là, il n'y a pas juste vous. Quand vous êtes allé à Joliette, là, j'ai ça ici: «Il est temps de parler de solutions parce que notre réseau est malade. Le Dr Philippe Couillard, porte-parole libéral en santé, ça, c'était le 23... le 30 mars 2003. Puis il y a ici un M. Charest qui s'engageait à «faire pleuvoir les millions, l'équité en santé dans Lanaudière». Tu sais, je pourrais vous citer ça, là, de long en large, les articles, pendant cette période-là. Mais ce que je constate, c'est que ça devait se faire vite, puis ça ne s'est pas fait vite. Puis là, bien vous nous annoncez que ça va prendre peut-être sept ans, puis peut-être que, si je comprends bien, dans sept ans, on va avoir juste réglé la moitié, c'est-à-dire on va peut-être avoir 50 % de réglé. Puis là vous allez dire: Bien, quand on aura eu... ce que vous venez de nous dire, c'est que, quand on aura fait 50 %, on aura fait une grosse part, on aura réglé une grosse part du problème.

M. Couillard: Si l'opposition veut aller plus vite, la seule solution, c'est de couper des budgets à Montréal puis à Québec. Ce n'est pas ça qu'ils veulent là. Alors, il faut avoir des développements. Ça fait quatre ans de suite qu'il y a des développements en santé, on n'a jamais vu ça auparavant, et ça va continuer, parce que la santé, c'est véritablement la priorité de ce gouvernement.

M. Charbonneau: Regardez, j'aurais une solution dont on n'a pas beaucoup parlé. On en a parlé un peu au

début, mais c'est parce que vous n'aimez pas ça quand je vous le rappelle, mais c'est ça pareil, c'est: Qu'est-ce que vous voulez, quand vous promettez 8,9 milliards d'investissements sur une période de cinq ans, puis que vous en mettez 4,2 milliards, puis que vous promettez que vous allez faire mieux que le parti adverse par rapport à la récupération des surplus budgétaires fédéraux, puis que vous ne réussissez pas à le faire, c'est clair que l'argent que vous n'avez pas dans le système puis que vous auriez dû avoir, puis que vous aviez promis d'avoir parce que vous étiez meilleurs négociateurs que nous autres supposément, bien, finalement, ça vous aurait permis d'honorer pas mal de vos promesses. Mais là vous n'avez pas réussi à le faire.

Alors, vous pouvez bien dire, là, que vous ne voulez pas déshabiller Paul pour habiller Pierre, mais dans les faits, il y a une réalité qui fait que vous n'avez pas les moyens financiers, à cet égard-là, d'aller aussi vite que vous aviez promis de le faire. Je ne dis pas, là, que vous faites ça exprès, là, mais, je veux dire, la réalité, c'est que, tu sais, il y a un endroit où on a des gros surplus, là, puis on n'a rien récupéré en santé. Il y a eu un budget fédéral, là, puis il n'y a pas eu une cenne de plus pour les provinces pour leur permettre finalement de donner le niveau de services en santé, de soins médicaux et hospitaliers adéquats. Mais il y a une conséquence à l'acte, là, tu sais.

M. Couillard: M. le Président, ça me permet de redire ce qu'on a dit souvent, nous avons trouvé le système de santé, nous avons dit, en lambeaux, exsangue serait l'autre expression, et j'ai hâte qu'on touche le deuxième sujet qui est le déficit hospitalier. Parce que l'illustration de ça, l'approche entre les deux gouvernements est éclatante. Mais le député de Borduas m'a promis qu'il voulait parler des déficits hospitaliers; j'espère qu'il ne me décevra pas, puis qu'on va parler des déficits hospitaliers.

M. Charbonneau: Écoutez, j'ai l'impression que je vais être obligé d'aborder d'autres sujets, parce que je n'aurai pas assez de temps. Mais on a beaucoup de périodes de questions, on a beaucoup de périodes de questions qui s'en viennent, alors, inquiétez-vous pas.

M. Couillard: Excusez-moi, je voudrais, comme on n'a pas le temps, je veux transmettre un document à la commission sur l'évolution des déficits hospitaliers dans le réseau de la santé.

M. Charbonneau: Très bien, mais, ce qui va être intéressant, c'est de savoir à combien il est rendu actuellement, là.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Un instant, M. le député! M. le député de Borduas, il reste à peine quatre minutes. Alors, avant que vous ne preniez de nouveau la parole pour les remarques finales et les remerciements et les marques d'appréciation, ensuite M. le ministre aura aussi à peu près quatre minutes, puis on procédera au vote. Alors, il vous reste...

M. Charbonneau: Je ne sais pas si je recevrai mon doctorat honorifique ce matin, là, mais...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Il vous reste quatre minutes, M. le député de Borduas.

Intentions concernant l'Hôpital chinois de Montréal

M. Charbonneau: Il y a une collègue qui m'a demandé de poser une question puis qui concerne la communauté chinoise à Montréal, là. Ils s'inquiètent, eux, il y a un ancien hôpital qui n'est plus utilisé et... Comment ça s'appelle? L'Hôpital chinois sur la rue Saint-Denis. Et semble-t-il que, bon, l'hôpital n'est pas... En fait, la bâtisse n'est pas occupée, elle appartient toujours à la communauté chinoise, puis il y a beaucoup de gens qui se demandent, là, quelles sont les intentions du ministère de la Santé à l'égard de cet établissement-là. Est-ce que vous avez des projets particuliers?

M. Couillard: Alors, rapidement, là, M. le Président, effectivement il s'agit d'un édifice non utilisé actuellement, l'ancien Hôpital chinois. Parce qu'il y a un nouvel Hôpital chinois que le député connaît bien, là, très près de la rue Viger. Donc, c'est un hôpital qui pourrait être... une installation, pardon, qui pourrait être réutilisée dans le cadre du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie, non pas pour des lits d'hébergement, parce qu'on est que Montréal est très bien pourvue en la matière, mais peut-être pour un centre de jour, par exemple, pour les personnes âgées ou une vocation de ce type-là. On est ouverts à recevoir des projets. Il faut que les projets nous soient présentés dans le cadre du plan de Montréal cependant.

M. Charbonneau: Ah! Bon, bien, écoutez, on va passer le message aux gens qui s'inquiétaient ou qui se préoccupaient de cette question-là. Juste une autre... Il me reste combien de temps, M. le Président? Deux, trois minutes, là.

M. Bouchard (Vachon): Trois minutes.

Offre de bilans de santé payés par les patients pour accélérer l'obtention d'un rendez-vous avec un médecin

M. Charbonneau: Bon. Il y a un cas qui nous a été soumis, là, une clinique médicale associée à un laboratoire médical qui offre des bilans de santé complets pour 400 \$, avant de voir un médecin. Et puis je ne veux pas nommer la clinique, là, parce que je ne veux pas faire un cas de scandale inutile, là, où il n'y en a peut-être pas, là. Mais je voudrais savoir un peu comment le ministre reçoit ça. C'est-à-dire, autrement dit, si tu paies 400 \$ pour un bilan de santé, là on va te faire voir le médecin. Mais, si tu te présentes à la clinique pour voir un médecin, bien là, là, tu as une liste d'attente, et il n'y a pas moyen d'avoir le service aussi rapidement.

Est-ce que c'est une pratique répandue puis est-ce que c'est une pratique qui est conforme aux objectifs et à la philosophie que le ministre prône? Parce que ce sont des médecins participants, là, ce n'est pas une clinique privée, là, où les médecins ne sont pas participants au régime, là.

M. Couillard: Là-dessus, je dirais qu'il y a une zone grise dans l'assurabilité des services, c'est-à-dire que les soins médicaux sont assurés, mais ce qui est considéré

parfois comme des interventions de prévention ne l'est pas. Alors, c'est la raison pour laquelle, par exemple, des entreprises paient pour leurs dirigeants des bilans de santé annuels dont la valeur, en passant, sur le plan scientifique, est discutable, hein, ce n'est pas clair que le fait de passer un bilan de santé annuel a quelque effet que ce soit sur notre risque...

M. Charbonneau: Oui, je comprends ce que vous voulez dire. Mais ce que je veux dire, c'est que, dans ce cas-là, là, ce qu'on dit aux gens: Si vous voulez voir le médecin, pour 400 \$, on va vous faire le bilan de santé avant que vous voyiez le médecin, puis, si on trouve quelque chose, là vous allez voir le médecin vite.

M. Couillard: Écoutez, qu'on nous donne les détails, on va le regarder, là. Il clair qu'il faut qu'il n'y ait aucune limitation pour l'accès à un médecin participant liée à une contribution financière. Ça, pour nous, c'est un principe qui est sacré, là. D'ailleurs, dans le cas des coopératives, on a réaffirmé ce principe-là. Je suggère que peut-être on nous envoie par écrit le nom de la clinique. Et je rappelle également que, pour tout citoyen, il est possible de porter plainte à la Régie de l'assurance maladie du Québec quand on a un doute sur ces questions-là, et c'est une façon souvent de clarifier les choses, de le faire, non pas pour créer de l'engorgement dans le système de plaintes de la RAMQ, mais pour justement ces situations qui sont parfois à cheval sur l'assurabilité, non-assurabilité.

• (12 h 20) •

M. Charbonneau: Comme je veux éviter, là, encore une fois, de ternir la réputation de gens qui... Peut-être que la chose est correcte, je ne sais pas, là, mais en tout cas c'est l'information qui nous avait été communiquée. Alors, je donnerai au ministre, M. le Président, l'information pour faire les vérifications puis nous revenir. Et, s'il me reste quelques instants...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Une seconde.

Mesures de soutien contre le stress pour le personnel soignant dans les établissements du réseau de la santé

M. Charbonneau: Une seconde. Il y a un dossier, peut-être que le ministre pourrait nous dire très rapidement. Il y a eu récemment des reportages, c'était, mon Dou!, sur la problématique de la détresse psychologique, du stress et puis chez le personnel soignant. C'était, il n'y a pas longtemps, là, dans *Le Soleil* du début d'avril dernier, une série d'articles sur quelques jours, puis on disait que *Le personnel soignant est au bord de la crise de nerf*. «La situation pour l'ensemble des centres hospitaliers qu'ils soient de courte ou de longue durée est désastreuse. C'est go, go, go, ambiance survoltée, les soignants courent, les pattes aux fesses.»

En tout cas, est-ce qu'il y a, au-delà, là, des questions de négociation puis des conditions de travail, est-ce qu'il y a... Qu'est-ce que le ministère fait pour faire en sorte que le personnel soignant, dans les établissements du réseau, soit supporté? On a fait état de suicides, de gens qui prennent les congés de maladie d'une façon considérable, ça a un coût important sur le système.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Je pense que la question est claire. M. le ministre, vous avez 30 secondes.

M. Couillard: Bien, 30 secondes... Il y a deux situations, donc deux plans: il y a un plan considérable, au niveau du ministère, pour le soutien aux employés salariés du réseau, puis par ailleurs les médecins ont un programme d'aide pour les médecins, qui est géré, notamment, par le Collège des médecins et les fédérations.

Alors... Mais, pour le réseau ministériel, il y a plusieurs actions qui ont été mises en application: il y a la sensibilisation des indicateurs de gestion, la collecte des données, le travail en organisation du travail, qui s'harmonise avec les préoccupations de la présence au travail, les efforts afin de maintenir le lien d'emploi, la promotion de la santé, les ententes de gestion qui fixent des objectifs en termes de ratio d'absence, le suivi de ces plans d'action régionaux, et il y a eu un séminaire d'ailleurs sur la présence au travail, en septembre 2005.

Donc, on sait que le milieu de santé, c'est un milieu très exigeant sur les plans personnel et professionnel, puis d'ailleurs on en profite pour faire hommage à ceux et celles qui oeuvrent jour après jour au service de leurs concitoyens.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci, M. le ministre.

Remarques finales

Nous abordons maintenant le dernier bloc des remarques finales. Quatre minutes au député de Borduas.

M. Jean-Pierre Charbonneau

M. Charbonneau: Bon, bien, écoutez, M. le Président, je voudrais, dans ces quatre minutes-là, remercier les nombreux hauts fonctionnaires du ministère qui se sont prêtés à l'exercice et qui ont permis au ministre parfois de bien paraître, en tout cas d'avoir des bonnes réponses, de bien faire son travail. Encore une fois, c'est un peu déséquilibré. Qu'est-ce que vous voulez? Le Parlement, dans notre système politique, n'a pas les moyens que l'Exécutif a, mais je pense qu'on a fait un exercice, j'espère, de reddition de comptes qui a été utile.

Encore une fois, dans le fond, la conclusion, c'est qu'il y a tellement d'autres sujets qu'on aurait pu aborder, mais une chose est claire, c'est que le ministre actuel de la Santé, surtout avec un problème... C'est peut-être le principal problème parce qu'à partir du moment où des progrès ont été faits dans le système de santé depuis plusieurs années, le noeud fondamental, c'est la capacité d'injecter des sommes additionnelles dans le système. Ce n'est pas juste en améliorant la gestion, l'organisation, toutes choses qui doivent être faites et qui sont faites, mais il y a un problème de financement.

J'ai dit il y a quelques minutes: Qu'est-ce que vous voulez? Vous ne pouvez pas faire la même chose si vous mettez, pendant quatre ans, 7,3 milliards ou si vous en mettez 4,2. Encore là, je reprends les chiffres du ministre. Il aurait dû y avoir, selon l'engagement du Parti libéral aux dernières élections, après quatre ans, un réinvestissement dans le système de santé à la hauteur de 7,3 milliards; il y en a eu pour 4,2, il en manque 3,1.

La conséquence de ce manque-là, bien on l'a vu pendant l'étude des crédits, sur plusieurs questions. On vient de le voir encore ce matin, sur différents dossiers. Le dernier dont on abordait avec un peu plus de temps, c'est l'équité interrégionale. Ça veut dire qu'on ne peut pas faire accroire aux citoyens que ça n'a pas de conséquence de ne pas avoir le niveau d'investissement qui est requis.

Et, moi, je dis au ministre amicalement, là: tu sais, qu'on soit souverainiste ou fédéraliste, le fait est qu'à un moment donné il va bien falloir qu'on s'entende sur le niveau de financement que notre système de santé a besoin d'avoir. Et c'est pour ça qu'on va se retrouver, dans quelques jours, à reprendre l'exercice ici, dans la même commission, sur la consultation sur les suites à donner au jugement Chaoulli, mais y compris le financement à long terme. Mais il y a le financement à long terme puis il y a le financement à court terme. Puis, à court terme, on est dans un système politique où on paie des taxes à deux endroits, puis il y a un endroit où il y a des surplus importants.

Et, moi, j'aurais aimé que le ministre de la Santé nous dise clairement quel est le niveau d'attentes qu'il avait. Ça, c'est peut-être la question la plus importante, la plus fondamentale à laquelle je n'ai pas eu de réponse, parce que comment on peut établir un rapport de force dans une réclamation face à un autre niveau de gouvernement quand on reconnaît la question du déséquilibre fiscal, mais qu'on n'est pas capable de dire clairement, franchement: Bien, voici notre demande, elle est ça. En santé, c'est ça qu'on aurait eu de besoin. Tu sais, qu'est-ce que vous voulez? Même cette année, là, on devait mettre 1,5 milliard, et puis on a mis pas mal moins qu'on aurait dû mettre.

Alors, encore une fois, les citoyens qui nous écoutent, ils doivent avoir ça en perspective dans l'appréciation. C'est l'engagement qui avait été pris, le niveau de rattrapage qui avait été identifié. Et, nous, on avait identifié un rattrapage un peu moins élevé, le Parti libéral, plus élevé. Alors, bien, c'est eux qui sont en responsabilité, et c'est à eux maintenant de rendre des comptes par rapport au niveau qui avait été établi puis le résultat qui a été obtenu.

Et, pour le reste, bien, M. le Président, j'espère, j'avais posé quelques questions précises au ministre, notamment je lui avais demandé le détail des coûts du comité aviseur sur les hôpitaux universitaires, incluant les dépenses, là, du comité, et puis également déposer les déclarations d'intention des membres du comité. Puis il y avait également une réponse définitive qui devait nous venir au sujet des services de désintoxication qui étaient couverts ou pas par la régie en regard de ce qui se faisait en Ontario, là. Alors, j'espère juste que les collaborateurs et collaboratrices du ministre ont pris ça en note et qu'on pourra avoir, par la commission, rapidement les informations.

Encore une fois, j'ai apprécié, en terminant, de voir, ce matin, que, même si le ministre joue au personnage zen très souvent, qu'il réussit en général assez bien à cet égard-là, que lui aussi parfois a des... sort de son personnage zen. Ça me rassure sur la vie et sur la suite des choses.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, sur cette ouverture martiale, M. le ministre.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Et vous allez voir qu'on va rester dans le même thème, parce que je voudrais — puis je voudrais laisser un peu de temps à ma consœur députée de Chambly, je vous en implore, même si je dépassais un peu, M. le Président, avec consentement des collègues, je ne dépasserais pas beaucoup — sacrifier à deux traditions: première tradition qui est une tradition générale de remerciements pour les collègues, et l'autre, c'est mes quatrièmes crédits, et à chaque fois j'ai lu un poème à la fin des crédits, alors j'en ai préparé un, ce matin, spécifiquement pour le député de Borduas, qui encore une fois est très apprécié de ma part sur le plan humain. Les différences politiques sont quelque chose, mais les considérations personnelles qu'on a les uns pour les autres, on le sait, dans cette Assemblée, sont une autre question.

Je voudrais donc remercier tous les collègues de la commission pour leur participation aux travaux, le personnel de la commission, les collègues députés des deux côtés. Féliciter le député de Borduas pour son calme au cours de ce débat sur les crédits. Je pense que vraiment ça va rester dans les annales. Le remercier pour la qualité de ses échanges et la qualité de ses questions. Et, si on est si nombreux autour de moi, c'est parce qu'on veut absolument donner de très bonnes réponses à ses questions si pertinentes.

Maintenant, le poème que j'ai choisi, cette année, c'est un extrait de Cyrano de Bergerac d'Edmond Rostand, scène 2, acte 3. Alors, la scène est qu'il y a un duel d'escrime, parce que la joute parlementaire, c'est un peu l'escrime. Alors, je lui demande de prendre ça avec humour, hein, c'est comme ça que je l'adresse à lui, et avec amitié. Alors donc, il est en train de faire le duel avec son adversaire, et il dit la chose suivante:

«Il me manque une rime en eutre...

Vous rompez, plus blanc qu'amidon?

C'est pour me fournir le mot pleutre!

Tac! je pare la pointe dont

Vous espérez me faire don:

J'ouvre la ligne, je la bouche...

Tiens bien ta broche, Laridon!

À la fin de l'envoi, je touche.

«Prince, demande à Dieu pardon!

Je quartre du pied, j'escarmouche,

Je coupe, je feinte...

Et à la fin de l'envoi, je touche.»

Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Je vous en prie. Il reste quelques secondes pour la députée de Chambly, s'il vous plaît. Vous avez une...

Mme Diane Legault

Mme Legault: Merci. Oui, merci. D'abord, je voulais vous féliciter, M. le ministre, pour toute la transparence puis la rigueur que vous avez démontrée pendant cet exercice fort exigeant qu'est l'étude des crédits. Je voudrais souligner l'excellente collaboration de mes collègues membres de la Commission des affaires sociales, et puis remercier de façon toute particulière les membres du cabinet de M. le ministre, qui nous assistent et nous appuient dans l'organisation de nos

travaux. Alors, merci à tous. Merci, collègues, M. le Président, et Mme la secrétaire, ainsi que tout votre personnel.

Adoption des crédits

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, si vous permettez, nous allons mettre aux voix les programmes et l'ensemble des crédits de ce portefeuille du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, est-ce que le programme 1, intitulé Fonctions nationales, est adopté?

M. Charbonneau: M. le Président, je vais faire la touche: sur division.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, adopté sur division.

Est-ce que le programme 2, intitulé Fonctions régionales, est adopté?

M. Charbonneau: Sur division, évidemment.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Adopté sur division.

Est-ce que le programme 3, intitulé Office des personnes handicapées du Québec, est adopté?

M. Charbonneau: Sur division.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Adopté sur division.

Est-ce que le programme 4, intitulé Régie de l'assurance maladie du Québec, est adopté?

M. Charbonneau: Sur division.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Adopté sur division.

Est-ce que l'ensemble des crédits budgétaires du portefeuille ministériel Santé et Services sociaux pour l'année financière 2006-2007 sont adoptés?

M. Charbonneau: Là, vraiment, c'est sur division, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Sur division tout le temps. Merci.

Documents déposés

Alors, sur ce, je dépose les réponses aux questions générales et particulières concernant les crédits budgétaires sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2006-2007.

La commission ayant accompli son mandat, le président remercie toutes les personnes qui ont participé à ses séances et ajourne. La commission ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 12 h 30)