



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
de la santé et des services sociaux**

**Le jeudi 30 avril 2015 — Vol. 44 N° 48**

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services  
sociaux (3) : volet Santé et services sociaux

**Président de l'Assemblée nationale :  
M. Jacques Chagnon**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec  
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles  
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85  
Québec (Québec)  
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente de la santé et des services sociaux**

**Le jeudi 30 avril 2015 — Vol. 44 N° 48**

**Table des matières**

Santé et services sociaux	1
Remarques préliminaires	1
M. Gaétan Barrette	1
Mme Diane Lamarre	3
M. François Paradis	3
Discussion générale	3

**Autres intervenants**

M. Marc Tanguay, président  
M. Pierre Reid, président suppléant

Mme Marie Montpetit



Le jeudi 30 avril 2015 — Vol. 44 N° 48

**Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (3) : volet Santé et services sociaux**

*(Onze heures dix-huit minutes)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons débiter nos travaux. Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte et je demande à toutes les personnes présentes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

**Santé et services sociaux**

La commission est réunie afin de procéder à l'étude des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2015-2016.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

**Le Secrétaire :** Oui, M. le Président. M. Giguère (Saint-Maurice) est remplacé par M. Reid (Orford).

• (11 h 20) •

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Nous allons débiter par les remarques préliminaires, puis nous allons procéder à une discussion d'ordre général par blocs d'environ 20 minutes, incluant les questions et les réponses. La mise aux voix des crédits sera effectuée à la fin du temps qui est alloué à l'étude du portefeuille.

Puisque nous avons débuté nos travaux à 11 h 18 et qu'une période de deux heures doit être consacrée à l'étude de ce programme ce matin, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure, à savoir 13 h 18? Y a-t-il consentement?

**Des voix :** Consentement.

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui, il y a consentement. Merci beaucoup.

**Remarques préliminaires**

Alors, nous allons débiter sans plus tarder avec les remarques préliminaires du ministre pour une période de 17 minutes. La parole est à vous.

**M. Gaétan Barrette**

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, chers collègues, alors, bienvenue à cette deuxième séance d'étude de crédits dans la dernière année. C'est avec plaisir que je suis ici aujourd'hui pour plusieurs raisons, M. le Président. Évidemment, aujourd'hui, comme je viens de le dire, c'est la deuxième fois où on a des crédits dans la dernière année et c'est la première fois où nous étudions des crédits qui sont la conséquence des décisions qu'on a eu à prendre suite au malheureux constat que l'on a eu à faire lorsque nous sommes arrivés au pouvoir, à savoir la situation budgétaire du Québec à propos de laquelle nous avons, évidemment, eu à prendre un certain nombre de décisions et planifier un certain nombre de changements pour faire en sorte que, dans notre société, nous puissions faire en sorte que nous en arrivions à maintenir en place notre système de santé et continuer à offrir à la population les services auxquels ils et elles s'attendent, et ce, de la meilleure qualité possible et, évidemment, en tenant compte de la capacité de payer des citoyens.

Alors, M. le Président, avant d'aller un peu plus loin, je me permettrai de vous présenter les gens qui m'accompagnent. Pas tous parce qu'il y en a plus que ceux que je vais énumérer, mais ce sont des gens qui pourraient être appelés à répondre à certaines questions, le cas échéant. Donc, je suis accompagné, à ma droite, de M. Michel Fontaine, sous-ministre en titre à la Santé et aux services sociaux; M. Luc Castonguay, derrière moi, sous-ministre adjoint à la Planification, à la performance et à la qualité; Dr Horacio Arruda, directeur national et sous-ministre adjoint à la Santé publique; Dr Jean Latreille, de la Direction québécoise de cancérologie; Dr Louis Couture, à ma gauche derrière, sous-ministre adjoint aux Services de santé et médecine universitaire; M. Sylvain Gagnon, c'est le sous-ministre associé aux Services sociaux; M. Marco Thibault, sous-ministre adjoint au Personnel réseau et ministériel; M. Pierre Lafleur, sous-ministre adjoint à la Coordination réseau et ministérielle; M. François Dion, sous-ministre adjoint aux Finances, aux immobilisations et au budget; et M. Richard Audet, sous-ministre associé aux Technologies de l'information. Évidemment, des gens de mon cabinet, dont M. Desharnais, mon chef de cabinet, et d'autres membres du personnel associé aux gens que je viens de vous nommer.

Alors, M. le Président, d'entrée de jeu, puisque nous sommes à l'étude des crédits de notre ministère, je pense qu'il est important de noter que le budget 2015-2016 de notre gouvernement démontre clairement que la santé est pour notre gouvernement une priorité, puisque 61 % de la croissance supplémentaire consentie par le gouvernement est affectée à la santé et aux services sociaux. Plus précisément, M. le Président, le budget du MSSS s'élève, en 2015-2016, à 32 850 700 000 \$, soit près de 50 % des dépenses de programmes du gouvernement, ce qui représente, contrairement à ce qui est véhiculé sans arrêt, une croissance réelle de 1,4 % des dépenses par rapport à la dépense probable de la dernière année.

C'est important, M. le Président, parce que, malheureusement, dans le discours public qui continue de sévir dans notre société, on est encore à parler d'austérité, évidemment, alors qu'on est dans un exercice de redressement budgétaire et de contrôle de croissance des coûts, et non de coupures. À preuve, le budget en santé et services sociaux augmente. Et je dirais même que c'est le premier budget d'une série d'autres budgets, évidemment libéraux, qui visent à contrôler la croissance des coûts, et c'est donc très important pour nous et pour les années futures de présenter ce budget actuel.

Alors, nous voulons, évidemment, que la société québécoise récolte les fruits de leurs efforts, et ces fruits-là seront récoltés par le maintien, la viabilité de notre système de santé. Et, pour y arriver, M. le Président, dans la dernière année, nous avons mis en place un certain nombre de mesures, notamment deux lois... en fait, une loi et un projet de loi qui sont d'une extrême importance dans l'esprit dans lequel nous gouvernons, le premier élément étant la loi n° 10, qui est une loi structurante, qui, comme on l'a dit — et je l'ai dit à plusieurs reprises — c'est une loi qui vise — et elle est en vigueur depuis le 1er avril dernier — à faire en sorte que notre gestion soit, évidemment, la plus intégrée possible pour assurer la fluidité, et la saine gestion, et le contrôle des coûts de notre réseau. Et, pour ce faire, c'est une loi qui vise, dans le cadre du redressement budgétaire, notamment à faire des économies que l'on connaît, que l'on sait, estimées, dans les trois prochaines années, à hauteur de 220 millions de dollars et qui passent, entre autres, par l'abolition d'au moins 1 300 postes d'encadrement dans notre réseau. Et, j'insiste encore une fois, on ne le dira pas suffisamment, ce n'est pas une mesure qui vise à diminuer les services, mais bien à diminuer l'encadrement, taux d'encadrement qui a été, à de multiples reprises, critiqué et constaté comme étant excessif dans certains secteurs géographiques de la province. Donc, une loi qui est en vigueur, qui est en application aujourd'hui, et qui s'exerce dans un enthousiasme réel, et qui amènera un certain nombre d'économies en millions de dollars en 2015-2016, et qui, à terme, générera 220 millions de dollars d'économies.

Maintenant, M. le Président, toujours dans la même optique, le même esprit, on a mis en place des mesures par la loi n° 28 qui visent le monde du médicament, notamment notre adhésion, M. le Président, à l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, qui font en sorte que nous aurons maintenant accès à des économies supplémentaires provenant des négociations qui ont été faites à l'extérieur du Canada face à l'industrie pharmaceutique, et ces économies-là, évidemment, seront donc au bénéfice de notre système de santé et, évidemment, vont dans la direction de notre philosophie de contrôler la croissance des coûts.

Juste pour vous donner une parenthèse et illustrer un peu l'importance de s'adresser à cette problématique-là, M. le Président, rappelons que le coût des médicaments en établissement de santé en 2013-2014 atteignait 657 millions de dollars et qu'en 2014 ce même coût était de l'ordre de 2,9 milliards de dollars pour le régime général d'assurance médicaments. Et, en disant ces deux chiffres-là, j'exclus les honoraires professionnels qui ont été versés aux pharmaciens, qui sont de l'ordre de 1,2 milliard de dollars. Ce sont des sommes substantielles pour lesquelles nous avons décidé de nous adresser, et, bien, il y a deux façons — la première est l'adhésion à l'alliance pharmaceutique pancanadienne — qui, d'entrée de jeu, immédiatement lorsqu'on aura terminé les formalités, nous permettront d'avoir accès à 32 ententes d'inscription sur les 43 existantes. Ça représente 77 % approximativement de ce qui est fait pour la population canadienne, et on estime pouvoir aller chercher environ 25 millions de dollars d'économies par cette mesure.

Ceci dit, en même temps, nous avons mis en place, comme on s'en rappelle, récemment — l'application commencera dans les prochains jours, à toutes fins utiles — la règle du «ne pas substituer», qui fera en sorte que, dans notre régime général d'assurance médicaments, lorsque des prescriptions seront servies à la clientèle, nous aurons l'opportunité de forcer la livraison de la formule générique d'un médicament de façon, évidemment, à aller chercher là aussi des économies qui, potentiellement — potentiellement, je le dis — pourraient aller jusqu'à 80 millions de dollars sur une année, et de façon récurrente. Mais on estime, pour toutes sortes de raisons, d'exceptions, être capables d'aller chercher environ 40 millions de dollars. Alors, voilà deux secteurs d'activité où, en plus de la loi n° 10, où nous irons chercher dans l'administration des économies substantielles, dans l'exercice de la livraison des soins de santé, donc par la pharmacie, nous aurons là aussi des économies qu'on pourra aller chercher.

Un deuxième aspect, évidemment, tout... ou un troisième, là — si on suit la séquence — aspect qui est extrêmement important dans les mesures qui ont été prises est, évidemment, le projet de loi n° 20, sur lequel nous aurons certainement beaucoup de conversations à avoir avec tout le monde dans les prochaines heures, projet de loi qui, lui, vise, au travers de nos efforts budgétaires, à faire en plus en sorte que, dans les prochaines années, nous puissions mettre en place les réformes nécessaires, M. le Président, pour faire en sorte que la population ait accès correctement — correctement — à la première ligne et que la coordination qui doit se faire entre la première ligne, et la deuxième, et la troisième ligne se fasse, elle aussi, de façon adéquate vue de l'angle du patient.

• (11 h 30) •

Le projet de loi n° 20, on y reviendra certainement, il y a un deuxième volet qui, lui, est de nature plus économique — j'y reviendrai moi-même dans mon allocution dans quelques instants — et c'est évidemment le volet qui s'adresse à la procréation médicalement assistée. Et là aussi on y reviendra, on y retrouvera un certain nombre d'économies.

Mais revenons pour quelques minutes au projet de loi n° 20, à sa première partie, qui est la partie qui s'adresse à la pratique médicale. Alors, sommairement, M. le Président, le projet de loi n° 20 vise essentiellement l'accès. Cet aspect-là du projet de loi devrait être considéré, d'abord et avant tout, sur une question d'accès. Évidemment, le projet de loi n° 20, c'est un projet de loi qui traite de la rémunération des médecins et des conditions sur la base desquelles on paie les médecins. Que ce soit du côté de la PMA, où on met des critères, ou de la première et de la deuxième ligne, la médecine de famille et la médecine spécialisée, c'est un projet de loi de rémunération, mais qui a une finalité qui est celle d'améliorer l'accès et la fluidité du parcours de soins des patients dans notre réseau. Et, pour cette partie-là, on a introduit des concepts qui sont simples, mais qui sont terriblement efficaces et qui le seront lorsque le projet de loi sera adopté — le plus rapidement possible, je l'espère. Et, entre autres, on a introduit des principes de base qui vont d'un nombre minimal de patients à suivre pour les médecins selon leur profil de pratique, mais qui introduisent aussi des mesures qui vont

presque — je dis bien presque — garantir un équilibre entre la pratique médicale en cabinet et en établissement, le tout s'opérationnalisant par un levier qui s'appelle le taux d'assiduité.

D'ailleurs, c'est un taux qui est pour les laïcs de ce monde, là, pour les gens moins familiers avec la pratique médicale... qui peut apparaître difficile à comprendre, qui peut apparaître obscur, mais qui est très bien reçu comme concept et qui est très bien compris par la communauté médicale. Et, comme ce sont les principaux concernés, bien, je suis heureux de constater et de vous dire que ce concept-là est bien accepté. Quoiqu'il soit très contraignant, mais il est bien compris et bien accepté par la communauté médicale. Alors, l'objectif est, évidemment, de faire en sorte que la prise en charge soit plus efficace et plus nombreuse et qu'elle soit plus effective à long terme. Ça, c'est pour la médecine de famille. Mais, du côté des médecins spécialistes, il y a aussi, évidemment, à faire en sorte qu'il y ait des mesures pour faire en sorte que, lorsqu'on est en hôpital, le mode de fonctionnement soit le plus efficace possible.

Du côté de la procréation médicalement assistée, M. le Président, on se rappellera que le Commissaire à la santé et au bien-être avait fait un rapport, une analyse de la situation très exhaustive et avait fait des recommandations pour l'accès à ces procédures très claires qu'on propose de mettre en application dans notre projet de loi, et, évidemment, il y a un volet économique que l'on connaît, que l'on sait, qui est celui du crédit d'impôt, sur lequel on reviendra probablement ultérieurement.

Un autre volet des mesures structurantes que l'on met en place, évidemment, est le déploiement de nos fameuses supercliniques, qui viseront à faire en sorte que le réseau verra se déployer territorialement une série d'endroits qui seront le miroir de l'urgence, endroits où on pourra enfin diriger les patients plutôt qu'à l'urgence et même trier les patients à l'urgence et les retourner dans un endroit qui sera disponible pour la clientèle près de chez eux, près de leur domicile, avec toute la panoplie nécessaire à l'évaluation et l'investigation pour des problèmes mineurs, et on comprendra qu'ultimement l'effet sur nos urgences sera extrêmement significatif.

Évidemment, c'est un peu d'actualité, et je serais très surpris que nos collègues n'abordent pas le sujet de nos aînés. Alors, les aînés, on s'y adresse aussi, et c'est très important pour nous de faire en sorte que nos aînés aient accès aux soins. Évidemment, il y a le volet plus médical, mais il y a le volet aussi pharmaceutique. C'est pour ça que nous mettons par la loi n° 28 dans nos mesures l'activation de la loi n° 41, mais aussi nous mettons en place une certaine emphase sur les soins à domicile, le maintien à domicile, qui doit être mis de l'avant, tout comme doivent être mis en place... ou continuer d'être promue et améliorée toute la qualité des soins qui est desservie en CHSLD.

Finalement, M. le Président — et ça, vous n'en serez pas surpris — cette année sera l'année de la mise en application formelle de la loi n° 52 sur les soins de fin de vie, et, à cet égard, nous déposerons prochainement notre mise à jour sur la réglementation et les procédures qui doivent être suivies pour offrir à la population des soins de qualité, notamment en termes de soins palliatifs.

Alors, en conclusion, M. le Président, voici donc les éléments structureaux qui font que, dans un esprit de contrôle budgétaire qui est bien illustré par les mesures budgétaires que l'on propose, et qui ont été mises en place, et qui visent à faire en sorte que notre système de santé soit pérenne pour le bénéfice de toute la population du Québec, qui s'attend à ce qu'on agisse en ce sens... et nous sommes très fiers de démontrer que nous le faisons, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup, M. le ministre. Sans plus tarder, maintenant, je cède la parole à notre collègue de Taillon, de l'opposition officielle, pour des remarques préliminaires d'une durée maximale de 10 minutes.

#### **Mme Diane Lamarre**

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je salue le ministre de la Santé, mes collègues députés, tous ceux et celles qui travaillent à colliger, à orienter, à remettre les informations, et elles sont nombreuses. Alors, on apprécie beaucoup ce travail de fond qui est fait et qui nous aide à mieux éclairer nos échanges.

Je préférerais, M. le Président, préserver les minutes des remarques préliminaires qui me sont consacrées pour les consacrer à des questions, puisque nous en avons plusieurs à formuler au ministre. Je vous remercie.

**Le Président (M. Tanguay) :** Tout à fait. Alors, je vous rassure, ces minutes seront conservées et vous seront attribuées dans les blocs d'échange. Je cède maintenant la parole à notre collègue de Lévis, de la deuxième opposition, pour une période de sept minutes.

#### **M. François Paradis**

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. Je vous salue. Je prends le temps également de saluer M. le ministre, toute l'équipe qui l'entoure également. Et, de fait, nous avons des informations, vous travaillez fort, et ça nous permettra d'avancer dans des pistes de discussion et de solution. Je salue mes collègues également députés de l'opposition. Et je ferai la même chose... Je sais que le ministre est plein de bonnes intentions, hein? Dans son début, dans son introduction, il a manifesté cette volonté de faire en sorte que les Québécois soient mieux desservis par notre réseau de santé. Bien, on travaillera en ce sens-là et on posera des questions en ce sens-là également. Et je réserverai le reste de mon temps, M. le Président, pour m'en servir lors des questions que j'aurai à poser.

#### **Discussion générale**

**Le Président (M. Tanguay) :** Tout à fait. Alors, ce sera préservé et redistribué. Alors, débutons, chers collègues, la période d'échange. En ce sens, notre collègue de Taillon débute pour un premier bloc de 18 min 20 s.

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, nous considérons le contexte dans lequel le gouvernement a décidé de faire certains choix. Bien sûr, on entend parler, du côté du gouvernement, de rigueur. Partout ailleurs, par contre, les gens parlent d'austérité, et j'ajouterais que, malheureusement, ce qu'on constate, c'est que c'est une austérité qui est sélective et qui semble cibler des gens qui sont particulièrement démunis. Et ça, on l'a vu déjà dans le budget de l'année précédente, où on avait quand même déjà, à ce moment-là, attribué 930 millions au système de santé et de services sociaux, et on a vu qu'il y a eu énormément de coupures qui ont été, au départ, niées, mais qui, au fur et à mesure que l'année s'est écoulée, se sont manifestées de façon beaucoup plus concrète.

Alors, cette année, on doit travailler avec une hausse de 1,4 % du budget qui correspond à un tout petit montant de 535 millions de dollars. On comprend qu'il y a des réaménagements qui sont faits, et je suis sûre que le ministre va nous expliquer un peu certains éléments de ces réaménagements-là. Mais, d'entrée de jeu, ce qu'on est obligés d'observer, c'est qu'on a, sur ce 535 millions de dollars là, un montant de 327 millions qui a été attribué à des hausses salariales pour les médecins et 208 millions de dollars pour les soins et services.

Alors, ma première question, M. le ministre, serait de vous demander de nous ventiler le 208 millions pour les soins et services, qu'est-ce qui a été préservé, qu'est-ce qui a été priorisé, puisque c'est un tout petit montant et que ça rejoint, dans le fond, les 8 millions de Québécois. L'ensemble des soins et services qui ne sont pas, dans le fond, le salaire des médecins, tout ce qui reste, c'est le 208 millions. Est-ce qu'on peut avoir une ventilation de ce 208 millions, s'il vous plaît?

• (11 h 40) •

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

**M. Barrette :** Je présume, M. le Président, que la députée de Taillon a eu le cahier explicatif, mais, si tel n'est pas le cas, M. le Président, je vais vous donner la ventilation. Comme la députée de Taillon le sait probablement, le ministère de la Santé et des Services sociaux est structuré en programmes, et chaque programme est identifié et budgété. Alors, je vais donner la ventilation de chacun des programmes, M. le Président.

Alors, dans le programme n° 1, le budget de dépenses de 2015-2016 en santé publique sera de 453,6 millions de dollars; le programme n° 2, qui est intitulé Services généraux — Activités cliniques et d'aide, sera budgété à hauteur de 589,9 millions de dollars; le programme n° 3, Soutien à l'autonomie des personnes âgées, 3 060 000 000 \$; le programme n° 4, Déficience physique, 536,7 millions de dollars; le programme n° 5, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, 934,1 millions de dollars.

J'espère que je ne vais pas trop vite, Mme la députée.

**Le Président (M. Tanguay) :** Mme la députée de Taillon, est-ce que c'était votre question?

**Mme Lamarre :** Ma question était plus précise que celle-là, je voulais qu'on décline le 208 millions. Parce que ces chiffres-là, les différents programmes, on est capables de les voir, mais, dans le fond, on est en train d'essayer de voir qu'est-ce qui va être priorisé, et au détriment de quoi, donc. Puis c'est vraiment l'esprit de ma question, et c'est ce que j'aimerais avoir comme information.

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

**M. Barrette :** ...à ce moment-là, M. le Président, je vais recommencer en faisant un commentaire sur le commentaire de Mme la députée de Taillon. Mme la députée de Taillon vient de me demander quelles allaient être essentiellement les augmentations, où elles allaient aller, alors qu'elle... me demander essentiellement les budgets. Mais je vais reprendre ma réponse pour pouvoir satisfaire plus précisément à la demande qu'elle vient de me faire ou dont je comprends la teneur.

Maintenant, elle nous dit aussi, M. le Président, qu'elle veut savoir ce que l'on a priorisé et au détriment de quoi. Je ne peux faire autrement que m'inscrire en faux quand elle dit : Au détriment de quoi? Je l'ai dit dans mon introduction, M. le Président, et la députée de Taillon l'a réfuté encore une fois. Elle parle d'austérité, mais elle la qualifie de sélective, alors que l'austérité, M. le Président, là, dans le dictionnaire, ce sont des coupures. Nous avons fait le choix, M. le Président, de mettre le plus gros — notre gouvernement — des augmentations budgétaires de programmes en santé. Je le répète, c'est 61 %. Alors, on n'est pas dans l'austérité ni générale ni sélective, nous avons choisi de préserver les soins à la population.

L'austérité, M. le Président, ça a été clairement illustré par un reportage de M. Francis Vailles le 14 avril 2015 dans le cahier *Affaires*, un reportage qui était intitulé, M. le Président, *L'austérité de 1995 et de 2015*. Et la conclusion est qu'il n'y a pas d'austérité, là, en 2015, mais il y en avait en 1995. Alors, je comprends qu'au Parti québécois on soit bilingue en austérité et qu'on comprenne le terme parce qu'on l'a déjà pratiquée...

**Une voix : ...**

**M. Barrette :** Oui, mais c'est important, M. le Président, parce qu'ici nous sommes dans une opération, quand même, d'explication au grand public. Évidemment, nos collègues députés — et c'est normal — les parlementaires, ont à faire cet exercice-là, et je suis heureux de le faire. Je l'ai dit en introduction, je suis très heureux de le faire.

**Le Président (M. Tanguay) :** Pour favoriser l'échange, je demanderais à notre collègue de Taillon peut-être de préciser, à la lumière de ce que vient d'affirmer le ministre, donc de peut-être préciser votre question pour qu'il y ait un échange, là.

**Mme Lamarre :** D'accord. Alors, je reprends ma question. Le 208 millions est constitué, selon les chiffres qu'on a, de 123 millions pour les emplois, 42,6 millions pour les coûts de système, qui sont des coûts vraiment récurrents, 24,3 % pour les contributions des employeurs, ce qui fait 189,9 millions. Donc, ce sont des coûts fixes qui ne donnent pas aucun service supplémentaire, il manque quand même, là... Ça donne 189,9 millions, et il manque, dans le fond, une vingtaine de millions de dollars. Est-ce qu'on peut savoir où se situent les autres 20 millions?

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

**M. Barrette :** M. le Président, est-ce que la députée pourrait nous dire d'où elle tire le chiffre? Parce que, nous, dans notre augmentation de crédits pour le réseau, c'est 168 millions. Peut-être qu'elle fait référence à des montants supplémentaires.

**Mme Lamarre :** Du 31 mars.

**M. Barrette :** Est-ce qu'elle pourrait nous indiquer le document, à la page...

**Mme Lamarre :** Aux quarts de crédits, c'est ce que vous nous aviez donné verbalement, M. le ministre.

**M. Barrette :** O.K. L'augmentation pour le réseau, pour ce qui est de la santé, là, ce qui est dans mon territoire, c'est 168 millions, mais, M. le Président, je vais quand même ventiler le montant. Alors, c'est 168,8, et je vais ventiler la chose de la façon suivante. Alors, juste un petit instant, là, que je ne vous induise pas en erreur, évidemment, là.

**Des voix : ...**

**M. Barrette :** Alors, dans le réseau, Mme la députée, il y a des ajustements qui sont soit positifs, soit négatifs. Alors, je vous les ventile. Alors, les ajustements salariaux : indexation salariale, coûts de système, salarial et contribution de l'employeur — on comprend que ça, ça comprend un certain nombre de choses, dont le 1 % qui est prévu dans l'entente qui vient de se terminer — c'est 190,5 millions de dollars; coût de système spécifique, rapatriement de clientèle 514, 450, 20 millions; budget dédié au système du sang, 43 millions; coûts de fonctionnement pour des espaces additionnels à la suite de travaux, 20 millions; intégration à l'enveloppe ministérielle du financement du Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, 30 millions. On inclut là-dedans, évidemment, les économies dans ce bilan-là que l'on va faire en termes de réductions que l'on a annoncées, notamment pour l'encadrement, 285 millions. C'est un chiffre négatif. Pour le réseau, ça nous fait un total de 18,5 millions.

Maintenant, il y a d'autres éléments qui sont des ajouts : régimes de retraite, 20,9 millions; service de la dette, 68,9 millions; indexation de 1 % du financement des organismes communautaires, 5,3 millions; services préhospitaliers d'urgence, 12 millions; pour un total de 107,1 millions. Redressement en structures, crédits par rapport à la dépense 2014-2015 — c'est administratif — 43,2 millions. Le total, ça vous donne 168,8 millions.

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

**M. Barrette :** Et ça, évidemment, c'est le programme 2, là, pour ce qui est de la croissance du réseau, le deuxième élément, là, que je vous ai donné.

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui, Mme la députée de Taillon.

**Mme Lamarre :** M. le Président, ces chiffres-là, on est capables de les lire. Ce qu'on aimerait entendre et comprendre dans cette étude des crédits, ce sont les choix que le ministre fait, des choix qu'il considère nécessaires, et c'est ce sur quoi on veut porter l'éclairage. Moi, je parle des chiffres qui m'ont été donnés lors des quarts de crédits, et le 208 millions... On avait quelques montants qui nous étaient donnés, qui donnaient 190 millions. Il manque 20 millions, je voudrais juste avoir le 20 millions. Mais, si ça ouvre la porte à une autre énumération, je pense que, là, je vais aller sur une autre question. Mais j'aimerais bien quand même avoir l'explication de ce 20 millions là.

L'autre explication qui découle aussi des quarts de crédits... Et là je sais que le ministre nous avait clairement spécifié que c'était une approximation, donc je suis ouverte à ce qu'il y ait des changements par rapport aux chiffres qui nous ont été déposés aux quarts de crédits. Mais il y a un montant de 327 millions qui a été prévu pour les services médicaux, et il y avait 210 millions, que le ministre avait dit. Mais, je le redis encore, il avait dit : Approximativement 210 millions pour les spécialistes et 90 millions pour les ajustements de salaire aux médecins de famille, ce qui fait 300 millions. Donc, à quoi peut-on attribuer l'autre 27 millions? Dans ce cas-ci, c'est vraiment très serré, là, c'est salaire des médecins.

• (11 h 50) •

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

**M. Barrette :** ...M. le Président, ce que je propose à tout le monde, compte tenu du fait qu'au quart des crédits c'étaient des estimés et que les documents que possèdent actuellement tout le monde, nous, incluant toutes les oppositions, sont les chiffres définitifs, je propose à la députée de Taillon de nous poser des questions sur les chiffres précis qui sont les chiffres finaux du budget plutôt que sur les estimations.

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

**Mme Lamarre :** Est-ce que le ministre maintient le 327 millions?

**M. Barrette :** À propos de? Vous faites référence à quel chiffre?

**Mme Lamarre :** Pour les services médicaux?

**M. Barrette :** Oui, ça, on maintient ça.

**Mme Lamarre :** Alors, est-ce que vous pouvez ventiler le 327 millions de dollars pour les services médicaux?

**M. Barrette :** Non, pas là spontanément parce que c'est une masse... on négocie... Alors, je vais rappeler à tout le monde, M. le Président, comment ça fonctionne avec les fédérations médicales. Les fédérations... Mme la députée, j'imagine que vous faites référence aux ententes étalées, c'est ça?

**Mme Lamarre :** ...

**M. Barrette :** Bon. M. le Président, je pense qu'il est important de comprendre que, lorsqu'on me demande une ventilation, c'est faisable, là, mais, à une étude des crédits, ça serait très fastidieux. Je peux le faire, je peux revenir là-dessus ultérieurement dans l'étude des crédits. Je n'ai pas la documentation détaillée avec moi à ce moment-ci pour une raison simple, M. le Président, ce qu'on négocie avec les médecins, ce sont des masses, ce sont des sommes globales, et ces sommes globales là sont ensuite ventilées sur la base d'une négociation ultérieure. Dans le cas présent, il y a des choses qui sont prénégociées et il y a des choses qui ne le sont pas. Il y a des montants d'argent, là, qui sont à être négociés, c'est-à-dire l'affectation des montants d'argent globaux négociés qui, eux, sont inscrits au budget.

Alors, lorsque j'ai négocié — d'ailleurs, avec succès, contrairement aux commentaires qui avaient été faits par l'opposition officielle à plusieurs reprises, notamment par une députée qui est maintenant sortante — bien, on a fait la négociation et on a réussi à faire l'impossible, ce que le PQ, d'ailleurs, n'avait pas réussi à faire. On a réussi à avoir une entente d'étalement, et cette entente d'étalement étale des masses, des sommes globales, et ces masses-là sont distribuées selon des ententes négociées et, finalement, ultimement, convenues entre les parties. Il y a des montants qui sont déjà convenus et qui sont conséquemment étalés dans le temps. Et il y a des montants qui sont à être convenus, ils ne le sont pas.

Alors, si on me demande aujourd'hui de sortir précisément la nature, la ventilation précise, je ne pourrai que répondre partiellement. Je peux vous dire la différence entre les deux fédérations pour l'année en cours : 210 millions pour les médecins spécialistes, 85 millions pour les médecins de famille. Mais la ventilation plus loin, là, je peux y revenir ultérieurement, mais je n'ai pas le détail, détail. Je peux vous donner des grandes catégories, là, je les ai, là, mais pas le dollar au millier près.

**Le Président (M. Tanguay) :** O.K. Merci beaucoup. Mme la députée de Taillon.

**Mme Lamarre :** Alors, j'apprécie la fin de la réponse du ministre, là qui nous confirme, dans le fond, que ça fait 295 millions. Ma question du départ et qui est encore la même : Est-ce que je peux savoir ce qu'il y a entre le 327 et le 295 millions?

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

**M. Barrette :** Je vais faire la même réponse, M. le Président, là. Si la députée de Taillon va me poser des questions sur les quarts des crédits exclusivement, bien, il y aura une imprécision, là. Et on me confirme ici, là, que, là, il y a effectivement des différences. Par contre, on a fourni à tout le monde le détail de ce qui est budgété. Alors là, je ne vois pas, là... Et c'est l'étude des crédits, là, et j'imagine, M. le Président, qu'on étudie les crédits qui sont formels, et non les crédits préliminaires, à moins que je ne me trompe.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Mme la députée de Taillon.

**Mme Lamarre :** Bien, écoutez, moi, j'arrive à la conclusion, là, que le ministre nous confirme que le montant de 327 millions est vraiment dans le budget, dans le budget final, et non pas seulement dans les quarts de crédits. Et il me dit — et j'apprécie — qu'il y a 210 millions qui sont consacrés aux spécialistes et 85 millions... Donc, on a une petite correction, il y a à peu près 90, on dit 85 pour les médecins de famille, on arrive à 295 millions. Ma question est toute simple : Qu'est-ce qu'il y a dans le 32 millions? C'est quand même 32 millions de dollars, et on a juste besoin d'avoir quelques informations générales sur qu'est-ce qu'il y a dans 32 millions de dollars qui correspond presque à 7 % de toute l'augmentation de tout ce que le système de santé va avoir cette année. Alors, c'est juste ça qu'on veut savoir.

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

**M. Barrette** : Oui. M. le Président, là, où est le 32 millions auquel elle fait référence, là? Je n'ai pas ça dans les documents, M. le Président, là. Je les ai devant moi, puis mon sous-ministre n'a pas ce document-là, là. Est-ce qu'elle pourrait nous donner le document à partir duquel elle pose la question?

**Le Président (M. Tanguay)** : Il reste une minute à l'échange. Alors, Mme la députée de Taillon.

**Mme Lamarre** : Bien, écoutez, moi, je constate, là, que ça va être douloureux si on continue sous cet angle-là. On a un chiffre de 327 millions qui nous a été transmis et on arrive à 295. Si ce n'est pas ça, est-ce qu'on doit comprendre que le 538 millions ne comporte que 295 millions dans les services médicaux? Je veux juste comprendre. On est ici pour éclairer la population sur la nature des chiffres qui nous sont transmis. Ces chiffres-là sont clairs. Tantôt, le ministre ne les a pas liés, le 327 millions, et là on arrive à 210 plus 85, ça fait 295. Je veux tout simplement, et de façon très macroscopique, savoir qu'est-ce qu'il y a dans le 32 millions de différence.

**Le Président (M. Tanguay)** : Merci. Pour les secondes qui restent, M. le ministre.

**M. Barrette** : M. le Président, je vais me faire plaisir de clarifier la situation au prochain échange et espère pouvoir... Et j'en prends note, on répondra à la question précisément de Mme la députée.

**Le Président (M. Tanguay)** : Merci beaucoup. Ceci met fin, donc, à ce premier échange. Je cède maintenant la parole au collègue d'Orford pour un premier bloc de 18 minutes.

**M. Reid** : Merci, M. le Président. Alors, je voudrais d'abord saluer les collègues et M. le ministre. Je suis de passage à la commission, et je voudrais d'abord... Sur la question des crédits, sur la question des millions de dollars, on entend les questions, je ne veux pas rentrer dans les détails des additions et des soustractions, mais parler rapidement de l'importance de bien gérer ces fonds-là.

Ce matin, nous avons, à 7 heures — et tous les députés étaient invités, il y en a plusieurs qui étaient présents — une rencontre scientifique. Évidemment, le scientifique en chef du Québec était là, il y avait beaucoup de monde, on a eu quelques conférences, trois exposés intéressants. Et un des exposés était sur les avancées scientifiques et technologiques pour la détection et la prévention du cancer du sein, et on expliquait, entre autres, qu'on a mis au point et qu'on pourra produire bientôt à grande échelle, à un coût extrêmement réduit, une plaquette qui pourra faire du diagnostic, donc, génétique, donc qui regardera l'ADN des individus et qui pourra faire de la prévention, entre autres cancer du sein, mais aussi certains autres cancers, et à des coûts réduits, donc qui va permettre de faire des avancées considérables sur la prévention et sur la guérison aussi parce qu'on connaîtra mieux la sorte de cancer et ses causes.

En fait, la recherche et l'innovation — c'était assez évident ce matin dans des conversations qu'on a eues un petit peu après les exposés — sont appelées à moduler et même à transformer considérablement les soins de santé dans les prochaines années. Je ne parle pas juste dans les prochains mois, même s'il y en a aussi, mais quand on regarde à moyen terme, mais aussi — et c'est assez évident pour tout le monde — comme toile de fond. Et ce n'est pas vrai uniquement pour ici, le Québec, c'est vrai pour le monde entier, la toile de fond, c'est la capacité financière des gouvernements, et donc des populations qui paient leurs taxes à ces gouvernements, d'assurer l'accessibilité de la population à ces nouveaux traitements. Et ces nouveaux traitements, comme celui dont on parlait ce matin, pourront être moins coûteux que d'autres traitements. Dans d'autres cas, on le voit dans les journaux de temps en temps, c'est des traitements qui sont plus coûteux que ce qui existait auparavant. Alors, il n'est certainement pas une erreur de travailler dès maintenant — et c'est ce que nous faisons cette année, mais aussi aujourd'hui — à assurer que nos ressources financières nationales sont en équilibre avec les besoins de santé de notre population.

• (12 heures) •

Par contre, M. le ministre, je vais passer à un élément important d'une loi qui vise, justement, à faire ça — c'est ce que je vois et ce que je comprends — le projet de loi n° 20, qui est encore à l'état de projet. Et votre ministère, M. le ministre, a déposé, rendu public sur le site du ministère un document de travail intitulé *Orientations réglementaires concernant l'application de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*. Je pense que c'est le 18 ou le 19... C'est le 18 mars, dernièrement.

Et j'aimerais m'attarder à la première page, en fait, puis c'est le premier paragraphe de la première section, sur la médecine de famille. Et, en fait, je vais poser des questions sur plusieurs éléments, peut-être vous pourrez répondre à plusieurs à la fois. Mais, juste une liste pour commencer, je vais les prendre après ça un par un. Il y a un nombre minimal de patients ou minimal d'heures, il y a un aspect d'âge sur lequel je voudrais avoir des réponses, l'âge de 62 ans, qu'est-ce que ça vient faire, pourquoi c'est là et pourquoi c'est 62. La modulation en fonction des années de pratique, on a un tableau ici... deux tableaux, en fait, qui parlent de ça, j'aimerais poser des questions là-dessus. Et aussi on parle d'exemption et d'ajustement. D'ailleurs, j'aimerais poser quelques questions. Et, évidemment, la question de fond que je vous poserai par la suite, c'est : Pourquoi ces cibles? Et pourquoi et comment comprendre la Fédération des médecins omnipraticiens? Et pourquoi est-ce qu'il y a une compatibilité entre les deux s'il y en a une?

Et j'aimerais peut-être, comme toile de fond là-dessus, vous dire que, pour ma part, étant donné mon passé de recteur de l'Université de Sherbrooke et qu'on a une faculté de médecine à l'Université de Sherbrooke qui a toujours été très spéciale dans sa façon d'organiser ses travaux, ses soins et le travail des médecins, je ne suis pas autrement surpris de voir que, lorsqu'il y a des éléments minimaux, qu'il y a des contraintes et des cibles, qu'il y a un certain nombre de médecins qui réagissent parce que c'est un sujet très sensible.

Juste rapidement pour vous expliquer, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke est née à la fin des années 60 si ma mémoire est bonne. L'université elle-même est née en 1954, mais cette faculté de médecine là, elle n'était pas un milieu où il y avait, comme les autres facultés de médecine du Québec à l'époque, donc qui étaient à Laval, et McGill, et à Montréal... n'avait pas nécessairement une clientèle et une taille qui lui permettaient d'avoir les mêmes façons de faire avec les médecins qui habitaient la région sherbrookoise, et donc il s'est installé un mode de fonctionnement, un mode de rémunération avec des pondérations et des contraintes qui tenait compte du travail, disons, médical lui-même, de rencontrer les patients, mais qui tenait compte aussi des périodes d'enseignement, qui tenait compte aussi des périodes de recherche qui se sont développées graduellement au point où, aujourd'hui, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke est une grande faculté de recherche médicale au Canada.

Et les médecins, c'était un système assez spécial que je qualifiais souvent de système communiste, c'est-à-dire que les médecins prenaient l'ensemble de leur rémunération médicale et la déposaient dans un compte à quelque chose qui s'appelait la Société des médecins, et donc il y avait des contraintes, puisque l'argent était redistribué par la suite en fonction... le salaire, par contre, des professeurs aussi, et l'argent était redistribué en fonction de l'ensemble des activités des médecins, qui étaient, d'une part, de rencontrer différents types de patients, qui étaient, d'autre part, de donner de l'enseignement avec un certain niveau et un certain nombre d'heures et aussi de la recherche et du rayonnement dans la communauté, qui comptaient aussi dans leur formule de rémunération.

Ce pourquoi je ne suis pas surpris, M. le Président, c'est qu'il y a des médecins... Pour pratiquer à l'Université de Sherbrooke et au CHUS de l'Université de Sherbrooke, il fallait faire partie de la Société des médecins, et donc remettre son salaire. Et donc les contraintes qu'il y avait ne faisaient pas l'affaire de tout le monde, et il y avait des médecins, il y avait un certain nombre de médecins et des amis personnels, de mes amis personnels, qui n'ont jamais accepté de pratiquer au CHUS parce qu'ils ne voulaient pas accepter ce type de contrainte et ce type de pondération. Et donc, parmi les médecins, il y a des médecins qui acceptent facilement ce type de pondération, il y en a d'autres qui ne les acceptent vraiment pas facilement. Je ne suis pas autrement surpris qu'il y ait à la fois, donc, des médecins qui semblent bien s'arranger du projet de loi n° 20, et d'autres qui semblent y être totalement allergiques, et j'aimerais avoir un peu plus d'éclairage de votre part.

Mais je recommencerais à la feuille n° 1 de votre document parce qu'en partant on dit ici que, tel que décrit à l'article 3 du projet de loi, tous les médecins de famille devront satisfaire aux obligations suivantes :

«1° assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients; et

«2° [assurer] un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées...»

Alors, pourriez-vous préciser un peu? Quand on dit minimal, ça veut dire des obligations et ça veut dire que ça correspond à un minimal qui doit être respecté, et, s'il n'est pas respecté, donner un petit peu l'idée de ce que ça veut dire exactement. On en a entendu parler souvent avec une coloration parce que c'est dans des publicités, mais j'aimerais ça, aujourd'hui, qu'on fasse un peu la part des choses pour bien comprendre ce que ça signifie. Je sais que ça a un impact considérable sur les crédits du ministère et sur les dépenses, effectivement, du gouvernement du Québec avec nos taxes et nos impôts.

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

**M. Barrette :** Merci, M. le député. Alors, c'est vraiment une question qui est très pertinente aujourd'hui parce que, comme je l'ai dit en introduction puis je vais le répéter, on met en place des modifications législatives structurantes pour assurer à la population une dépense, une gestion adéquate des impôts et des taxes qu'ils paient et qui sont dirigés en santé et on prend des décisions qui sont basées sur ce que le patient va voir dans le réseau. Le patient, le citoyen, là, parce qu'il est d'abord un citoyen avant d'être un patient parce qu'on n'est pas toujours officiellement malade avant d'aller voir le médecin puis on espère sortir du bureau sans être malade, mais on va poser une question et, malheureusement, parfois, on a une réponse qui est négative pour nous, positive pour le médecin, et on trouve quelque chose, puis on a un malheur. Mais, pour la personne, le citoyen qui nous écoute, là, on veut que le système, là, pour lequel il paie beaucoup d'argent, ça fonctionne. Et, comme vous l'avez dit, M. le député, vous avez bien raison, là, actuellement il se dit bien des choses, même ici, sur ce plancher, et en face, au salon bleu, qui ne correspondent pas du tout à ce qu'on propose.

Alors, nous, là, on propose des choses, et ce qu'on a mis en place cette année, ça vise à faire en sorte que, un, on contrôle le budget de l'État, qu'on contrôle la croissance des coûts, mais que l'argent qui est dépensé soit dépensé correctement. Loi n° 10 pour le contrôle des coûts, projet de loi n° 20 pour l'organisation. Et, pour ce qui est de notre système de santé vu de l'angle du patient, je dis toujours la même chose — ça ne se dit pas en 1 min 30 s à la période de questions, mais ça se dit ici en quelques minutes — ça suit une séquence qui a une logique qui est simple, mais essentielle. Un, on doit s'assurer d'offrir à la population une capacité adéquate. De quoi se plaignent les gens? Les gens se plaignent de ne pas avoir d'accès. Or, l'accès, c'est un rendez-vous. Il faut d'abord avoir un médecin, puis, après ça, il faut être capable d'avoir un rendez-vous. Puis ensuite, si on a, malheureusement, besoin d'un traitement, il faut que la suite de la séquence, le traitement, soit organisée comme il faut. C'est tout, c'est simple, mais c'est complexe dans l'application. Mais c'est simple dans le concept. C'est toujours simple, les concepts, et ça doit être simple. Si les concepts sont compliqués, là, eh bien, là, là, c'est sûr que l'application va être pire. C'est comme la loi de la relativité, là, c'est trois lettres, un chiffre et un symbole, égale. Ça ne peut pas être plus simple que ça, mais ça régit tout notre univers. Mais c'est simple en titi. Mais c'est dur à comprendre et à expliquer. C'est la réalité des choses.

Alors, ce que l'on dit, c'est ça, l'accès, ça commence par la capacité, et les gens décrivent dans le sens négatif du terme, là... Ils ne décrivent pas, ils décrivent au sens de dénoncer le fait qu'il y ait des quotas. Mais qu'est-ce qu'on fait exactement, M. le député, M. le Président? Ce que l'on fait, c'est assez simple, on constate que la moyenne de patients

inscrits — inscrits, ça veut dire pris en charge, pris en charge, ça veut dire le médecin va s'occuper de moi, en quantité adéquate ou non, mais c'est lui qui me prend en charge — la moyenne, M. le Président, c'est 700, 700. Et on dit, nous, dans nos règles : Bien, si vous ne faites pas d'hôpital, membres de la communauté médicale de première ligne, on va vous demander d'en prendre 1 500. Si vous faites de l'hôpital, on va vous demander d'en prendre 1 000. Si vous faites beaucoup, beaucoup, beaucoup d'hôpital, on peut vous demander de ne pas en prendre parce que, là, le 1 000, il va s'effectuer à l'hôpital. L'hôpital, c'est facile à savoir, c'est tant de patients par jour à l'année longue. C'est facile, ça se transpose en visites.

• (12 h 10) •

Alors, quand on regarde la moyenne de patients pris en charge, qui est 700, par rapport à ce qu'on demande, qui est, dans tous les cas, plus, sauf pour ceux qui font déjà ce qu'on demande, évidemment... Mais, pour les autres, là, il y en a presque 30 %, 28 %, M. le Président, font autant ou plus que ce que l'on demande. 70 % à 72 % et plus font moins que ce que l'on demande. Alors, si on passe de 700 à 1 000 ou 700 à 1 500, bien, c'est bien évident qu'au bout de la ligne on prend plus de patients en charge. Alors, quand des observateurs extérieurs ou des parlementaires viennent dire devant la caméra que ça va limiter l'accès, bien là, là, ici, on n'est pas dans la théorie de la relativité, là, là, on est dans la soustraction : 1 000 moins 700, ça fait plus 300. Puis 1 500 moins 700, ça fait plus 800. C'est plus. Bon. Et là on dit : Parfait, en disant ça, on s'adresse à la capacité. Les gens ont le choix de faire comme avant, et il y a un ajustement tarifaire à la baisse. Ou ils ont le choix de s'adapter, et là ils ont accès à la pleine rémunération.

On s'adresse à la capacité. L'étape d'après, c'est l'organisation de la capacité. Mais revenons à la capacité. Là, pour ne pas pénaliser le médecin, on dit au médecin : Là, regardez, là, on comprend que votre pratique soit à géométrie variable. On comprend que, dans vos pratiques, là, il y a des gens qui ont des conditions cliniques plus lourdes que d'autres. Ça ne peut pas, là, être un pour un. Ça ne l'est pas aujourd'hui puis ça ne peut pas être un pour un dans le futur. Il doit y avoir des ajustements, d'où les fameuses pondérations et les fameux quotas. Quota, M. le Président, dans l'esprit de tout un chacun... Et évidemment, là, beaucoup de gens se servent de la perception, la compréhension commune du mot «quota», qui est perçu comme étant une limitation. Ce n'est pas ça qui est l'objectif du quota, M. le Président. Le quota est un levier, un instrument, un paramètre, un élément, un critère — c'est des synonymes dans l'exercice actuel — pour permettre au médecin de prendre sa décision de la manière dont il va construire sa pratique. Qu'est-ce que sa pratique? Sa pratique, c'est le 1 000 ou le 1 500.

On dit au médecin : Si vous voulez vous rendre à 1 500 parce que vous ne faites pas d'hôpital, bien, on veut aussi que vous alliez dans le sens que les médecins de famille veulent pratiquer, la polyvalence. Et, pour avoir la polyvalence, il faut faire en sorte qu'on empêche les niches. Je vais décider de traiter seulement des patients qui ont mal à la main droite et je ne traiterai aucun patient qui a mal à la main gauche ni aux pieds. Bien, les quotas sont faits pour ça. On dit : Voici, là, vous, par les quotas, on va vous demander de ne pas aller au-delà de tant de types de patients, tant d'autres patients, et ainsi de suite. Mais on dit aussi : On ne vous pénalisera pas pour les patients lourds, on va vous en compter, mettons, comme on le fait pour les soins de fin de vie à domicile, 40. On va dire : Un patient dans cette situation-là, à domicile, là, ça va compter pour 40. Alors, quand on parle de quotas, là, on ne peut pas parler de quotas séparément du total requis. Le quota est un élément, un instrument pour construire une pratique qui doit aller à un volume requis qui est soit de 1 000, par exemple, ou de 1 500. Alors, quand on voit les choses correctement, et, je dirais, quand elles sont présentées correctement pour qu'on puisse les voir correctement, bien là il n'y en a pas, de problème, c'est clair que ça augmente l'accès.

Ensuite, bien, il faut l'organiser. Ça, c'est l'accès adapté. L'accès adapté, c'est un mode de pratique que l'on demande qui fait en sorte que le médecin change sa manière de pratiquer pour faire en sorte qu'il abandonne une pratique largement répandue qui est celle de la visite annuelle périodique. 40 ans, revenez me voir l'année prochaine, monsieur X. Bien, ça, en général, là, ça ne sert absolument à rien, c'est démontré dans la littérature. Alors, l'accès adapté, ça veut dire, monsieur X, madame Y, quand vous venez me voir, là, bien, je vous dis : Je vais vous prendre en charge, là, et je vais être disponible pour vous. Rassurez-vous, là, je vais être là et je vais être là, là, cinq jours-semaine, 40 semaines par année, là, je vais être à votre disposition. Mais, je vous le dis, là, ne venez pas me voir si ce n'est pas nécessaire, j'ai du personnel avec moi qui va vous répondre au téléphone si vous avez une question à poser. Si vous avez vraiment besoin de venir me voir, là, je vais vous voir. Ça se peut qu'on puisse vous donner l'information dont vous avez besoin, que vous recherchiez par une infirmière qui fait partie de mon équipe. Parce que, voyez-vous, moi, je travaille en équipe. Je travaille avec mes collègues médecins dans un GMF puis avec d'autres professionnels, des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des diététistes. Nous, là, on est une équipe à votre disposition, puis on s'organise pour être à votre disposition. J'ai la responsabilité de tant de personnes et je me rends disponible. Ça, c'est l'accès adapté.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup, M. le ministre. Ceci met fin à ce bloc d'échange avec le collègue d'Orford. Je cède maintenant la parole à notre collègue de Lévis pour un bloc de 22 min 32 s.

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. Beaucoup de choses à aborder à travers les heures que nous aurons à partager. Je vais tenter d'aller dans des dossiers qui touchent de très près, évidemment, les gens qui nous regardent et nous écoutent. Et le premier thème que j'aborderai — il y en aura plusieurs, le ministre s'en doute — on va parler un petit peu de temps d'attente dans les urgences.

Et là faisons un constat, puis on va faire un bilan, on va regarder un petit peu des chiffres. Un an après l'arrivée du ministre Gaëtan Barrette, M. le Président, le temps d'attente moyen dans les urgences est passé de 16,7 heures à 16,6. Le bilan, c'est 0,1 heure de moins d'attente. Là, faisons un calcul, là, c'est simple — puis le ministre parle souvent de calculs — c'est le dixième d'une heure, c'est six minutes. Donc, ça n'a pratiquement pas bougé. Le temps d'attente avait diminué de 45 minutes l'année précédente, puis le ministre de la Santé avait affirmé que ce n'était pas suffisant. Cette année, on est à six minutes de moins. Si on faisait un calcul puis une extrapolation, ça veut dire qu'avec une diminution

de 0,1 heure les patients vont attendre encore plus de 16 heures aux urgences en 2017-2018. Ce n'est pas évident. C'est drôle parce qu'avec un temps d'attente moyen de 16,6 heures on est exactement, mais là exactement au même endroit qu'en 2003. Après 12 ans, on fait du surplace.

Et, si on analyse plus précisément des données qui vous concernent dans vos régions respectives, bien, on constate que la situation s'est détériorée dans 10 régions du Québec, détériorée. Elle s'est améliorée dans cinq, détériorée dans 10. La situation s'est détériorée dans 53 urgences du Québec, s'est améliorée dans 46. Pour les régions, le tableau est là. Vous le savez, ce sont des chiffres que vous avez également, alors tout est validé par des données du ministère.

Puis là on va y aller plus précisément encore. Regardons quelques établissements. Ça touche, je vous le disais, toutes les urgences du Québec. Pierre-Le Gardeur, de Repentigny, c'est 1,9 heure de plus; Saint-Jérôme, dans les Laurentides, 2,6; Pierre-Boucher, à Longueuil, 1,9; Gatineau, ça ne va pas bien, 5,5 heures de plus; Maria, en Gaspésie, 2,8; Malbaie, dans Charlevoix, 2,1; Magog, en Estrie, 1,7 heure de plus d'attente; Jean-Talon, à Montréal, 1,9 heure de plus. Là, je comprends fort bien que le ministre, son intention, c'est de faire en sorte que ces chiffres-là ne soient pas ceux-là, mais, pour l'instant, on est obligés de vivre avec. Ça, c'est les premiers résultats, les premiers résultats de l'effet libéral en santé dans les urgences après un an au pouvoir, ils sont écrits là.

En s'octroyant des pouvoirs, évidemment, le ministre — puis on parlait de projet de loi n° 10, hein — le ministre de la Santé doit aussi assumer les résultats, puis il en a parlé. Je pense qu'il l'a dit, il y a des résultats, puis on doit vivre aussi avec, puis on les assumera. C'est le principe de la responsabilité ministérielle. Le ministre n'est en poste que depuis un an, je suis persuadé que sa volonté, c'est de faire mieux que ça. Je suis persuadé que sa volonté, c'est de faire mieux que ça parce qu'on parle d'accessibilité puis on travaille à ça. Puis les projets de loi dont on parle et sur lesquels on interviendra, c'est ça, c'est l'accessibilité, c'est de faire en sorte qu'on désengorge un peu partout et que ça aille mieux pour le citoyen, dont on parle.

L'actuel ministre de la Santé a refusé, lors de la dernière campagne électorale, de dévoiler ses objectifs en matière de réduction de temps d'attente. C'était le 11 mars 2014, texte de *La Presse canadienne*. Là, on disait que «le Parti libéral du Québec renonce à fixer des objectifs chiffrés de réduction du délai d'attente à l'urgence des hôpitaux ou du délai jugé acceptable pour obtenir une chirurgie». Il disait : «[On] ne s'engage donc plus à éliminer l'attente dans le réseau de la santé dans un horizon précis[...]. Il faut voir les choses autrement», rapportait ce texte-là, 11 mars 2014. Il faut voir les choses autrement.

Notamment, on... Puis, bien sûr, le ministre ne dit pas... il n'y a pas un aveu d'échec là-dedans. On veut voir les choses autrement. «Le [ministre s'était] dit persuadé que les mesures annoncées le jour même par son chef [...] pour améliorer le fonctionnement du réseau donneront "vraiment" des résultats tangibles en termes d'accès aux soins de santé. [...] dans combien de temps? [...] dans quelle mesure?» Bien là, le ministre disait : On verra, on ne peut pas vous le dire. Donc, pas de cible, pas d'engagement chiffré. Donc, pas d'engagement à briser. Puis on se donne des cibles, évidemment il faut répondre. Puis là il y a des objectifs, on les atteint ou on ne les atteint pas.

• (12 h 20) •

En 2003, le Parti libéral de Jean Charest, avec l'actuel premier ministre comme ministre de la Santé, avait promis d'éliminer dans le temps de le dire toute attente dans les salles d'urgence d'hôpitaux et de salles d'opération. Le ministre a aussi dit cette année qu'il voulait qu'on juge ses réformes sur ses résultats d'ici la fin du mandat libéral. Je comprends que le mandat n'est pas complété.

Alors, pour faire ça, on s'entendra, le ministre, pragmatique dans ce dossier-là... Ce sont des données, c'est un chronomètre, c'est du temps d'attente, le ministre devrait nous dire... et je souhaite qu'il le fasse, qu'il nous donne des cibles, des objectifs, quelle est sa cible, quelles sont ses cibles, quels sont ses objectifs chiffrés, quel est son objectif d'ici la fin du mandat libéral pour qu'on puisse, comme citoyens, dire : Bien, bravo! ça va mieux ou bien : Coudon, ça ne donne pas de résultats. Est-ce que la cible, c'est 14 heures? Est-ce que c'est 12 heures, qui était la cible de 2005? Est-ce que c'est huit heures? Il a certainement une idée parce qu'il ne s'en va pas nulle part. Il voit le chemin puis il sait où il va, il y a une vision là-dedans. Combien de temps les patients attendront en moyenne dans les urgences d'ici la fin du mandat du gouvernement libéral? Comment on va pouvoir évaluer les résultats si on n'a pas de données pour faire des comparatifs? Comment on va pouvoir lui donner son bulletin? Parce que je suis convaincu qu'il en souhaite un. Le bien, puis ce qu'il souhaite, puis ce qu'on souhaite tous, c'est que ça soit plus simple, plus rapide, que les gens trouvent le système efficace et que l'accessibilité soit plus facile.

Alors, mes questions sont celles-là. M. le ministre, dans un dossier comme celui-là, quelles sont vos cibles? Quels sont vos objectifs? Vous vous attendez à quoi d'ici la fin du mandat? On parlait de 12 heures en 2005, c'était la cible à attendre. Elle est quoi, maintenant, à atteindre? Est-ce que c'est la même chose maintenant? Sur quoi devra-t-on évaluer la performance de vos propositions?

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

**M. Barrette :** M. le Président, c'est une question qui est intéressante, et je dirais que l'approche l'est encore plus parce que le député de Lévis, M. le Président, aborde ce sujet-là, qui est un sujet très important pour la population, et extrêmement important pour notre gouvernement, et je dirais même pour moi personnellement. Je suis... J'ai fait le saut en politique précisément pour améliorer ça, M. le Président. Alors, ça, je suis très confortable à m'adresser à ce sujet-là. Mais je serais encore plus confortable à m'adresser à ce sujet-là si j'étais dans un environnement qui me permettait d'établir des cibles. Or, je ne suis pas... Parce que ce que le député de Lévis, M. le Président, me demande, il me demande d'établir une cible avec un échéancier. Parce qu'une cible, là, c'est bien beau, là, mais, s'il n'y a pas d'échéancier, ça ne sert pas à grand-chose, là. On espère qu'il fera beau demain, après-demain, l'été prochain, une saison complète dans le Sud, dans le Nord, dans l'Est, dans l'Ouest. Alors, une cible, ça demande un échéancier.

Alors, le député de Lévis, M. le Président, me met dans une situation très paradoxale parce qu'il me demande de définir une cible et, implicitement — et je dirais même explicitement parce qu'il a mentionné la fin du mandat — de déterminer une cible à une date précise. Or, je suis dans un environnement qui ne le permet pas. Bien sûr, M. le Président, les cibles historiques de 12 heures, là, ce sont des cibles qui demeurent. Mais, au pire, ça doit être des intermédiaires, on devrait faire mieux. Mais, pour faire ça, M. le Président, pour faire ça, il faut passer des lois, et j'ai constaté dans la dernière année que, pour passer des lois dans notre Assemblée, ce n'était pas évident. Même quand, comme je viens de le démontrer à la question du député d'Orford, même quand la logique, le principe, la finalité est archiblinde, il se trouve qu'on déforme la chose, le principe, la finalité, on feint de ne pas la comprendre, et le processus législatif qui mène à l'adoption de ladite loi pour atteindre l'objectif visé, bien, disons qu'il ne va pas à la vitesse de la lumière.

Or, pour arriver aux objectifs en question, bien, il faut passer par là. Parce que je vais vraiment aller dans le sens de mon collègue de Lévis, hein, c'est vrai, là, que les améliorations ne sont vraiment pas significatives et spectaculaires dans la dernière année, je ne conteste pas ça. C'est la raison pour laquelle on met ces projets de loi là en place, M. le Président. Quelle est la raison, d'où provient la performance de notre réseau? Bien, décortiquons ça un petit peu, M. le Président. Le député de Lévis fait référence au fait qu'on attend à l'urgence. On attend pour quoi à l'urgence, M. le Président? On attend soit pour voir un urgentologue, soit pour monter à l'étage, un coup qu'on l'a vu puis qu'on est couché sur une civière. Mais, heureusement, on n'attend pas pour personne quand on est un P1, P2 et que notre vie est en danger. Et ça, bravo pour les équipes qui sont sur place, ils font parfaitement leur travail. Mais, quand on tombe dans les autres catégories, là on se trouve dans une dynamique qui est complètement différente.

Je rappellerai au député de Lévis, M. le Président, qu'au départ, quand j'ai déposé le projet de loi n° 10, son parti — il n'était pas encore là, je pense — s'est levé pour applaudir, hein, ovation debout. À la fin, ils ont voté contre. Un paradoxe, c'est un paradoxe qui demeure. Je ne le sais pas, ce qui va arriver avec le projet de loi n° 20, je ne sais pas qu'est-ce qui va se passer, mais actuellement ça ne passe pas vite. C'est une réalité.

Alors, je reviens sur les projets de loi, M. le Président. L'accès à l'urgentologue à l'urgence, là, ça part d'où, ça vient d'où? D'un manque d'accès en première ligne. Elle est où, la réponse? Elle est dans le projet de loi n° 20. Elle est dans l'augmentation du volume. Elle est dans l'accès adapté. Elle est dans les supercliniques. Elle est dans la création de conditions qui font que la population qui a des problèmes mineurs n'aura plus à aller s'agglutiner à l'urgence. N'ayant plus à aller s'agglutiner à l'urgence dans un contexte de réseau de cliniques qui a une capacité accrue par rapport à maintenant, bien, ils n'attendent plus ou ils attendront un temps raisonnable. Qu'en est-il des patients couchés sur civière qui attendent pour monter à l'hôpital? Projet de loi n° 20, la consultation en dedans de trois heures. Pas 24 heures, trois heures. Je comprends, là, que c'est des choses qui ne soient pas bien comprises par les non-initiés. Mais moi, je suis un initié, là, et je sais très bien que ça, là, juste cet item-là fait en sorte que des patients en quantité énorme restent à l'hôpital 24 heures, alors qu'ils pourraient rester à l'hôpital 12 heures.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Je vais laisser la parole au collègue de Lévis.

**M. Paradis (Lévis) :** Oui. Je continuerai, le temps passe vite. Il y a vraiment beaucoup de non-initiés, M. le ministre, hein, qui nous écoutent et nous regardent présentement, puis ces non-initiés-là sont ceux qui se rendent dans les urgences et dans les hôpitaux, M. le Président. Et ces non-initiés-là ont une montre puis, je veux dire, ils le vivent, le temps d'attente. Puis, je veux dire, à un moment donné, votre responsabilité, c'est de faire en sorte que les choses s'améliorent. Dans le cas qui nous occupe, bien, évidemment, ce n'est pas nécessairement fait, et les chiffres le constatent.

Ceci dit, ceci dit, bon, on ne repartira pas là-dessus, sinon que de comprendre que vous dites que, quand les projets de loi seront adoptés... Vous me parlez du 10, on pourrait en reparler également, il y a encore des gens qui ne savent pas trop, trop où ils s'en vont alors qu'il est maintenant appliqué, mais il y aura le 20. Et, lorsque le 20 s'appliquera, on verra si la tendance se maintient et de quelle façon ce sera fait, là, le 10 est passé sous bâillon. Est-ce que le 20 va suivre la même tendance? On verra. Reste que, lorsque ce sera adopté, vous êtes en train de me dire que, là, vous aurez les outils, et là je m'attends... Et vous me le dites, là, M. le ministre, là, votre volonté d'aider les gens qui nous regardent et nous écoutent, puis vous êtes venu en politique pour ça. D'ailleurs, première plateforme que vous aviez épousée, puis vous l'avez demandé, là, vous avez dit : C'est ça qu'on veut, là, je me présente pour la Coalition avenir Québec, vous aviez ces idées-là.

Je comprends que vous allez nous donner des cibles lorsque vos projets de loi seront adoptés parce que vous avez le pouvoir de le faire, là, vous nous en donnerez, des cibles tangibles avec des temps, avec des objectifs pour qu'on puisse juger du résultat. En quelques secondes, avant d'aborder un autre thème qui est important, c'est ça que je comprends, M. le ministre?

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

**M. Barrette :** M. le Président, pour ce qui est de la responsabilité, M. le Président, je pense que c'est assez clair, pour le grand public du moins, que mes responsabilités, je les prends. Je n'ai pas entendu, moi, le Parti québécois, lorsqu'il était au pouvoir, M. le Président, proposer quoi que ce soit qui ressemble à ça en santé, rien, ils baissaient les budgets. Rien, là. Aujourd'hui, je suis très, très étonné de voir le député de Lévis se demander si on sait où est-ce qu'on s'en va. Écoutez, là, dans le projet de loi n° 10, la CAQ était pour au début, contre à la fin. Là, pour le projet de loi n° 20, ils sont contre au début, j'espère qu'ils vont être pour à la fin.

**M. Paradis (Lévis) :** ...M. le ministre, là.

**M. Barrette :** M. le Président, je réponds à sa question...

**M. Paradis (Lévis) :** Bien, non, j'ai demandé si vous aviez des objectifs, simplement, M. le ministre.

**M. Barrette :** ...il me demande des cibles, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Un à la fois, s'il vous plaît! Sur la question, M. le ministre.

• (12 h 30) •

**M. Barrette :** Oui, oui, sur la question. Il me demande des cibles, M. le Président, mais le député de Lévis fait abstraction du fait que c'est clairement démontré dans le texte du projet de loi n° 20 que c'est une évolution. Il y aura, dès l'adoption du projet de loi n° 20, un début d'amélioration qui se fera sur un certain temps. Même que nous, dans le projet de loi n° 20, M. le Président, avant d'appliquer quelque ajustement tarifaire que ce soit, hein, quelque ajustement tarifaire à la baisse que ce soit, on donne un an au médecin pour s'adapter à sa nouvelle réalité. Me demander aujourd'hui une cible si précise dans un exercice qui va améliorer les choses... C'est sûr que ça va améliorer les choses, mais de quantifier le point d'arrivée avec une date alors qu'on sait que, un, il y a des gens qui vont choisir de ne pas changer leur pratique et prendre l'ajustement et que, deux, la vitesse d'adaptation va varier d'un individu à l'autre, bien là c'est parce que c'est un jeu politique que je comprends, mais je ne le joue pas, ce jeu-là. Moi, ce qui m'importe, M. le Président, là, c'est qu'on arrive à destination. Et c'est ce que le projet de loi n° 20 va faire, particulièrement s'il est adopté rapidement. J'aimerais bien ça, moi, que le député de Lévis me donne une cible de date d'adoption du projet de loi pour les trois oppositions, il peut-u faire ça?

**Le Président (M. Tanguay) :** O.K. Merci. M. le député de Lévis.

**M. Paradis (Lévis) :** Ça, les cibles sur l'adoption, tout dépendra de l'écoute que vous aurez et de l'ouverture que vous aurez. Et je considère que... Vous dites : On verra... Mettons que l'évolution sera votre cible, l'évolution de la situation... Remarquez qu'hier on parlait de santé publique, il y a plein de gens qui se donnent des cibles pour un paquet de choses en fonction d'un échéancier que l'on souhaite respecter, histoire d'évaluer des résultats, mais je dois comprendre que vous ne fonctionnez pas comme ça. La fin d'un mandat peut être un échéancier qui est potentiellement intéressant pour, au moins, tenter de faire en sorte qu'on puisse qualifier ce qui aurait été fait, mais je comprends que vous ne travaillez pas comme ça.

330 000 personnes ont quitté les urgences sans voir un médecin. Autre dossier, compilation de la Coalition avenir Québec, 330 000 patients — il y en a qui nous écoutent — qui ont quitté les urgences sans voir un médecin. Ça se fait à chaque année. Coalition avenir Québec a fait parvenir au ministère de la Santé, il faut le savoir, et à tous les hôpitaux du Québec une demande d'accès à l'information pour connaître le nombre de patients qui se présentent aux urgences qui vont quitter sans voir un médecin, c'est important. Le ministère de la Santé affirme par écrit qu'il n'a pas ces informations-là. Il y a deux réponses à deux demandes d'accès à l'information de la CAQ en octobre 2014 qui nous ont été données de cette façon-là : On n'a pas ces résultats-là.

Les hôpitaux, cependant, ont répondu. Des compilations qui permettent de découvrir qu'il y a 330 000 patients qui quittent les urgences chaque année sans voir un médecin. Un nombre inédit, un nombre exclusif parce qu'on n'avait pas les données. Lorsqu'on a effectué notre demande auprès du ministère de la Santé puis des hôpitaux, le ministère nous a répondu qu'il n'avait pas ces informations-là. Il faut aussi savoir que les hôpitaux ne comptabilisent pas les données de la même manière, hein? Il y a un problème, la façon de voir les choses et de comptabiliser, il est impossible de déterminer combien de patients quittent volontairement, parce que ça a été abordé lorsqu'on a... volontairement les urgences parce qu'ils sont découragés par l'attente — qu'on ne cible pas, là, on l'a entendu par le ministre — ou encore ont été orientés ailleurs dans le réseau.

Et là il y a des réactions, quand même. Le CSSS de Chicoutimi ont dit : Le système d'information ne permet pas d'extraire de ces données brutes les patients qui ont été réorientés. C'est important dans le discours. Le CSSS de Maskinongé, le logiciel ne permet pas d'extraire la cause exacte des départs. De surcroît, il s'avère que la notion de départ est large pour les préposés qui entrent ces données au système, alors il y a une problématique à ce chapitre-là. Le CHU de Sainte-Justine traite de cette situation en utilisant l'expression «départ avant prise en charge médicale» des patients comptabilisés ainsi parce qu'ils quittent volontairement avant ou après le triage, après avoir reçu un renseignement infirmier ou après avoir été réorientés vers le réseau, mais on n'en sait pas vraiment rien. Reste que ça inquiète.

Le Dr François Dufresne, président de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec écrivait, et je le cite : «La plupart des gens qui partent sont tannés d'attendre après plusieurs heures», c'est lui qui le dit. Selon les études on voit que ce ne sont pas tous des patients qui n'ont rien, ils ont vraiment un problème qui doit être traité. «En tant que médecins, on ne veut pas les laisser repartir sans soins.»

Janvier, l'émission *J.E.* dévoile nos chiffres. Il y a 1 100 personnes qui commentent la nouvelle sur leur page *Facebook*. Je les ai là, vous pourrez les lire, des gens qui s'inquiètent, des gens qui ont vécu des choses. Pas rien que des histoires drôles là-dedans, M. le ministre, des histoires humaines, des gens qui l'ont vécu, on ne peut pas nier ces faits-là non plus.

Je constate toutefois que, pour la première fois, dans les crédits, le ministère de la Santé présente des données sur les patients qui quittent les urgences, on a remédié, page 163 du deuxième cahier des questions de la deuxième opposition. Et là, si on fait le total de vos chiffres, ce n'est pas 330 000, c'est 378 500 patients qui ont quitté l'urgence sans voir un médecin : Pierre-Le Gardeur, Repentigny, 13 500; Saint-Jérôme, dans les Laurentides, 10 700; Pierre-Boucher, à Longueuil, 6 900; Gatineau, 6 600; Maria, en Gaspésie, 2 000 patients.

Le ministre peut-il nous expliquer comment — ce n'est pas compliqué, là — le ministère de la Santé a comptabilisé ces données-là qui apparaissent maintenant dans le document? Est-ce qu'il est capable d'extraire des données précises

relativement au patient qui quitte sans avoir vu un médecin parce qu'il était tanné ou s'il a été réorienté? Je pense, c'est important. Les médecins se le demandent également parce qu'il y a des patients qui quittent probablement, puis qui ont un épisode de soins à avoir, puis qui ne l'ont pas. Et puis est-ce qu'il s'engage à mettre un peu d'ordre dans ces données-là, qui pourraient s'avérer un bon indicateur — et là c'est très positif, hein, ça pourrait être... puis on travaille en collaboration — de l'accès aux urgences et de l'efficacité des établissements? M. le ministre.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Il reste, juste à titre indicatif, 2 min 15 s.

**M. Barrette :** Oui. Alors, M. le Président, là, évidemment, là, ici, là, je pense que c'est important parce que le député de Lévis aime alarmer la population. Ça, c'est important de le dire. Les gens qui quittent, M. le Président, l'urgence, par définition, ont un problème, hein? Ils ont un problème avec notre système de santé, là, qui ne fonctionne pas comme il devrait fonctionner, c'est pour ça qu'on fait la loi n° 10 et le projet de loi n° 20, hein, c'est pour ça qu'on fait ça. Mais ils ont des problèmes mineurs parce que les problèmes majeurs, ils sont pris en charge. Je ne nie pas que les problèmes mineurs sont quand même des problèmes, mais ce sont des problèmes mineurs. Et ces patients-là, on ne sait pas, mais il est très possible et probable qu'ils aient trouvé une solution ailleurs dans une clinique sans rendez-vous. Alors, le député de Lévis, lui, construit son affaire, là, d'une telle manière que les gens sont retournés chez eux, puis ils n'ont pas eu de soins dans notre réseau. Ces gens-là n'auraient pas dû être à l'urgence, ces gens-là auraient dû avoir été vus par un médecin dans un réseau disponible, et c'est l'essence du projet de loi n° 20, M. le Président. Alors, essayer de faire peur à la population, là, ce n'est pas le genre de politique qu'on fait au Parti libéral.

Ceci dit, M. le Président, là, le député de Lévis, est-ce qu'il est capable de nous dire...

**M. Paradis (Lévis) :** ...je ne sais pas, il y a une règle, probablement, qui doit faire en sorte que le ministre réponde aux questions.

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui, juste pour faire attention pour ne pas se prêter d'intentions.

**M. Paradis (Lévis) :** Tu sais, c'est ça, là, je veux dire, c'est de répondre aux questions. Je demande...

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, ça va bien, là, prêtons-nous pas d'intentions pour les 45 secondes qu'il reste.

**M. Barrette :** M. le Président, est-ce que...

**M. Paradis (Lévis) :** ...

**M. Barrette :** Bon, c'est correct, là, c'est à mon tour, là. M. le Président, là, est-ce que le député de Lévis peut nous dire s'il s'engage, puisque la solution est dans le projet de loi n° 20, à faire passer le projet de loi n° 20 rapidement? Est-ce qu'il s'engage à nous donner ses cibles? C'est quoi, ses cibles? Qu'est-ce qu'il veut, le député de Lévis? Est-ce qu'il est capable de nous dire autre chose qu'un article de journal ou encore on verra? On sait que c'est l'hymne national de la CAQ, on verra, j'y étais, mais est-ce qu'il peut nous donner des cibles, lui, là? Il voit quoi? Et quel est le chemin pour s'y rendre, M. le Président? Est-ce que la CAQ...

**M. Paradis (Lévis) :** ...

**M. Barrette :** Est-ce que la CAQ, M. le Président...

**Le Président (M. Tanguay) :** Un à la fois, s'il vous plaît!

**M. Barrette :** ...a quelque chose en santé dans son programme aujourd'hui?

**Le Président (M. Tanguay) :** Un à la fois. Pour les 10 dernières secondes, collègue de Lévis.

**M. Paradis (Lévis) :** Bien, je proposerai éventuellement au ministre de venir prendre ma place, je prendrai la sienne, puis on se posera des questions de cette façon-là. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, ceci met fin à ce bloc. Je cède maintenant la parole à notre collègue de Crémazie pour un bloc de 18 minutes.

• (12 h 40) •

**Mme Montpetit :** Je vous remercie, M. le Président. Je vais essayer d'adopter un autre ton que les derniers échanges pour qu'on demeure constructifs pour la demi-heure qu'il nous reste en termes de travaux. Donc, je vais commencer en vous saluant, en saluant le ministre et son équipe, ainsi que mes collègues qui sont avec moi aujourd'hui dans le cadre de cette commission.

Dans le cadre du projet de loi n° 20, nous avons eu la chance d'entendre plusieurs groupes qui sont venus nous présenter leurs mémoires et... Bien, tout d'abord, d'entrée de jeu, je tiens à les remercier. Je suis certaine qu'il y en a plusieurs d'entre eux qui continuent de suivre les travaux que l'on fait et je les remercie de leurs commentaires et des pistes de solution également qu'ils ont émises, là, qui vont certainement bonifier le projet de loi sur lequel on travaille.

Cela m'amène à aborder un élément qui est revenu à plusieurs reprises, là, durant les échanges qu'on a eus avec les différents groupes, la question des activités médicales particulières, plus communément appelées les AMP. Et plusieurs groupes se sont prononcés sur ce sujet soit de façon spontanée puis parfois à la demande du ministre également. Et on a eu des opinions différentes, c'est-à-dire certains ont exprimé le souhait qu'elles soient abolies, et d'autres, dans le sens contraire, l'inquiétude par rapport aux effets qu'entraînerait leur retrait. Et je pense qu'il est nécessaire de faire le point sur cette question, puis les consultations, justement, nous permettent de le faire aujourd'hui.

Et peut-être, juste avant d'aller un petit peu plus loin, au bénéfice des gens qui nous écoutent et pour s'assurer que les gens comprennent de quoi on parle, les activités médicales particulières, là, ce n'est pas toujours très, très instinctif comme phénomène, je voudrais revenir faire une brève explication de ce qu'elles sont. Et, sans tomber dans les grands détails, simplement rappeler qu'elles ont été mises en vigueur en 1993 et que, dans le fond, le concept des activités médicales particulières oblige les médecins omnipraticiens à effectuer un certain nombre d'heures par semaine dans des activités médicales qui sont déterminées et divisées en six catégories. Et je les passe très, très rapidement, là, au bénéfice de nos auditeurs, mais, de façon prioritaire, les heures sont dispensées dans la prestation de services médicaux en service d'urgence, une deuxième catégorie qui est les soins aux usagers admis en soins de courte durée, la dispensation des services en CHSLD ou en centre de réadaptation, la dispensation de services en obstétrique, la dispensation en soins de première ligne auprès de clientèles vulnérables soit à domicile, soit en cabinet, soit en centre exploité par un établissement. Et donc je le répète, là, vraiment, à la compréhension des gens qui nous écoutent, c'est une loi qui oblige les omnipraticiens à effectuer un certain nombre d'heures dans ces différentes catégories là par semaine.

Et, maintenant que nous sommes mieux à même de comprendre ce qu'impliquent les AMP, je voulais revenir sur la prise de position de certains groupes que nous avons rencontrés en consultation parlementaire, dont l'ASMIQ, là, l'Association des spécialistes en médecine interne du Québec. Et le président, M. Mario Dallaire, je le cite, là, parce qu'il a eu à répondre au ministre quant au déplacement de la pratique, justement, en lien avec l'abolition des AMP, à savoir s'il y aurait des impacts sur les activités hospitalières, et M. Dallaire mentionnait : «Mais effectivement — je le cite, là — notre mémoire, vous avez bien compris, pose la crainte suivante, c'est que, si les omnipraticiens sortent des hôpitaux, nous sommes dans le trouble...» Même genre de réponse de Mario Tremblay, vice-président aux affaires spécialisées au sein de l'Association des CMDP, qui mentionne : «C'est sûr que, si, du jour au lendemain, on [enlève] les AMP et que tout le monde décidait de désertir les hôpitaux, [...] c'est sûr que ça risquerait d'être difficile.»

Donc, à la lecture de ces propos, je comprends qu'il y a plusieurs inquiétudes, là, des groupes que nous avons rencontrés par rapport à l'impact qu'aurait sur le réseau l'abolition de ces activités. Et, entre autres, bon, Dr Louis Godin, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, que nous avons rencontré et qui s'est exprimé à plusieurs reprises sur la place publique à cet effet, mentionnait que «plutôt que de donner à un médecin l'obligation de travailler 12 heures en établissement, ce qui se traduit souvent par du temps plein, nous, on veut avoir l'abolition des AMP».

Je mentionne, par contre, que la position du président de la FMOQ, quand nous les avons rencontrés en commission, en CSSS, en Commission de la santé et des services sociaux, était plus nuancée à cet égard. Parce que, bon, le ministre l'a questionné sur l'abolition des AMP, si elle aurait un impact, dans le fond, sur la baisse des activités hospitalières des médecins de famille, et Dr Godin répondait : «...on va maintenir [le même niveau d'activité, ce] qui est le propre des médecins de famille que l'on connaît au Québec, mais en consacrant notre ajout net — donc, l'ajout net du nombre de médecins qui entrent dans le réseau à chaque année — principalement à l'extérieur de l'hôpital[...], progressivement, la proportion de travail fait par les médecins de famille dans les établissements au Québec va diminuer...»

Donc, je pense qu'aujourd'hui... Puis je ne ferai pas un préambule beaucoup plus long par rapport à cette question-là. C'est une question complexe, puis, je pense, M. le ministre, que je voudrais vous laisser tout le temps de pouvoir expliquer est-ce qu'il est sage ou non d'abolir ces activités et quelle est la vision qu'on a par rapport à ça.

**Le Président (M. Reid) :** Merci, Mme la députée de Crémazie. M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le... maintenant président, alors c'est un aspect du projet de loi n° 20 et, en fait, de la pratique médicale qui est éminemment important et extrêmement débattu dans la communauté médicale. Et il y a plusieurs angles, et c'est assez intéressant. D'ailleurs, Mme la députée a bien illustré dans ses commentaires l'aspect multifacetté, si je peux me permettre, de ce thème-là parce que, dépendamment de quel groupe on représente, de quel groupe on est issu, la perception et les demandes face aux AMP, aux activités médicales particulières, changent. Et les AMP... À partir de maintenant, je vais, tout simplement, parler d'AMP, activités médicales particulières. Et, juste pour rappeler, là, pour ceux qui nous suivent, ce sont des activités médicales imposées depuis des années aux médecins pour pallier à des problématiques dans le système.

Je rappellerai que le Parti québécois... En 2003, lorsque le chef de la deuxième opposition actuel était ministre de la Santé au Parti québécois — parce qu'il a réorienté sa carrière, était ministre de la Santé — il a durci les AMP en forçant les médecins à couvrir les plages horaires dans les urgences du Québec. Il y avait des urgences où, la nuit, la fin de semaine, l'été, il n'y avait personne. Et ça, c'est, évidemment, pour une société, intenable, et, à l'époque, il avait pris la décision de légiférer pour obliger les médecins à combler les quarts de travail dans les urgences. Et c'était malheureux, mais il fallait faire ça à cette époque-là. Donc, c'est une figure imposée. Des gens diraient... D'ailleurs, le député de Verchères, de l'opposition officielle, qui, souvent, dit que je fais de l'ingérence, bien, son ministre de la Santé d'alors s'était grandement ingéré dans la pratique des médecins en leur imposant des quarts de travail dans les urgences. Bon.

Il y en a d'autres, activités médicales particulières. Il y a un travail à l'hôpital, du travail en CHSLD et un certain nombre d'autres choses. Ce sont des obligations imposées à des gens qui se considèrent totalement autonomes, mais il fallait le faire parce qu'il fallait le faire. Maintenant, les gens qui sont assujettis à ces AMP sont exclusivement des

médecins de famille. Ça n'a pas été appliqué aux médecins spécialistes pour toutes sortes de raisons. Ils ne veulent plus avoir ces obligations-là, ils ne veulent plus les avoir. Alors, s'ils ne les avaient plus, on comprendra que ces activités médicales dites particulières, qui sont, en réalité, M. le Président, des obligations, si elles sont des obligations et que les activités médicales, par définition, touchent des patients, bien, c'est bien évident que, si elles ne se font pas, il faut que quelqu'un les fasse. Si on les a rendues obligatoires, c'est parce qu'il y avait des services à donner à la population qui doivent être donnés en toutes circonstances. Alors, si ces activités-là sont retirées à un groupe, bien, il faut obligatoirement, M. le Président, qu'un autre groupe les fasse. Et là, dépendamment du groupe concerné, on a une vision différente.

Quand on parle aux gens directement concernés, qui sont les jeunes médecins de famille — parce que les activités médicales particulières s'appliquent jusqu'à un certain âge — quand on parle aux jeunes, comme Mme la députée l'a bien dit tantôt, lorsqu'ils sont venus, par leurs représentants, s'exprimer en commission parlementaire, ils ont dit : Enlevez-moi ça le plus vite possible. Quand on parle aux plus vieux, bien, c'est moins grave, mais on comprend qu'ils penchent dans le sens de les enlever. Quand on parle aux représentants des médecins spécialistes, bien, si on parle à la Fédération des médecins spécialistes, bien là on a entendu deux messages : un surprenant, un moins surprenant. Celui de la fédération avait été : On va s'arranger, ce n'est pas si pire que ça. Parce que, si les médecins de famille ne les font plus, bien, il faut que ce soient les médecins spécialistes qui les fassent parce qu'ils doivent être faits. Et, quand on parle aux principaux concernés par une éventuelle abolition complète, mur à mur, instantanée des activités médicales particulières, les AMP, bien, ça va tomber de façon primordiale sur les épaules des internistes, les spécialistes en médecine interne du Québec. Eux nous ont annoncé le chaos. C'est un terme qui est sorti de leur bouche que je reprends, ce n'est pas sorti de la mienne. Alors, il y a une problématique réelle avec les activités médicales particulières de par le fait que ces activités-là doivent être faites par quelqu'un. Si on les enlève à un groupe, l'autre doit le faire. Alors là, déjà, il y a un problème.

Il y a un autre problème qui vient du fait que, même si on accepte de continuer à en faire, bien, on voudrait en faire moins. Mais on peut faire une abolition progressive, et ceux qui font face au dilemme du projet de loi n° 20, donc les médecins de famille dans le cas présent, ils disent — et là c'est un dilemme pour le gouvernement aussi — ils viennent nous dire : Enlevez les AMP, faites-les faire par quelqu'un d'autre, et, en les enlevant, nous, on va déplacer notre activité vers la pratique en cabinet. Ça, c'est leur discours. Ils disent : Enlevez, abolissez, même progressivement... On accepte de ne pas les abolir d'un coup. Abolissez-les en trois, quatre ans, deux, trois ans, quatre, cinq ans, pas plus, et on va transférer notre activité de l'hôpital en cabinet.

• (12 h 50) •

Bien là, c'est un problème nouveau parce que, là, on ne fait que faire du déplacement. Et, comme je l'ai dit tout à l'heure, le problème premier est un problème de capacité, il faut qu'au total il s'en fasse plus. Il ne faut pas donner les mêmes services à un endroit différent, il faut donner plus de services. Oui, peut-être avec une configuration géographique différente, mais, au départ, le total des services doit être plus grand après qu'avant. Donc, d'abolir les AMP pour permettre de déplacer des activités en cabinet au lieu, par exemple, de l'urgence de l'hôpital ou de l'intérieur de l'hôpital ne résout pas les problèmes de l'accès. C'est un bon geste, mais ça ne résout pas la problématique de l'accès aux services.

C'est ça qui est le paradigme des AMP, M. le Président, parce que le discours qui est véhiculé par les opposants au projet de loi n° 20, peu importe leur statut, est : Les AMP, là, on va... les médecins de famille vont trop à l'hôpital. S'ils allaient moins à l'hôpital, ça serait un correctif qui ferait l'affaire. Or, changer le service de place peut régler l'accès en cabinet, mais ne régler pas l'accès global. Dit différemment, M. le Président, on ne veut pas recréer un problème à l'hôpital en solutionnant partiellement le problème du cabinet. Et je me permets de répéter la séquence qui est essentielle et qui est cardinale, c'est axiomatique, la capacité d'abord, l'organisation ensuite, la qualité à la fin. L'un ne s'oppose pas à l'autre, mais l'un ne peut pas se faire sans l'autre ou avant l'autre.

C'est comme ça et c'est simple. Alors, je ne peux pas, moi, régler la problématique de l'accès sans régler la capacité en premier. Je ne peux pas régler la problématique de l'accès sans régler la capacité en l'organisant correctement. Donc, plus de volume, avec une construction de pratique que j'ai décrite clairement il y a quelques instants, il y a quelques minutes, par un volume de patients approprié, construit à partir de paramètres de quotas, avec, oui, une distribution équilibrée entre l'hôpital et le cabinet, c'est ça qu'on fait, c'est ça que le projet de loi veut faire, et c'est ce que le projet de loi, dans sa construction, garantit, à moins que 100 % du corps médical décide de perdre 30 % de ses revenus. Et est-ce que j'ai besoin de vous dire que ça n'arrivera pas?

Le projet de loi n° 20, par définition, là, va donner des résultats positifs pour la population, pas pour le gouvernement. Oui, pour le gouvernement parce qu'on aura pris la bonne décision pour la population, on en sera fier, mais pour la population. Qui a proposé ça avant nous? Personne. Qui va faire en sorte que le projet de loi va être adopté dans des temps les plus rapides possible? Nous tous, dans la mesure où, évidemment, ça se fait.

Alors, les activités médicales particulières, M. le Président, doivent, par définition, changer dans leur formule, mais elles doivent changer dans leur formule, M. le Président, dans un cadre qui est celui que je viens de dire, une augmentation de la capacité, un changement d'organisation qui inclut une façon différente d'appliquer les AMP dans une façon progressive. Et j'irais même utiliser un meilleur mot, «dégressive».

Un jour, M. le Président, et le député de Lévis, probablement, me demandera à tort... J'allais dire un autre mot, mais je vais utiliser ce mot-là, «à tort», parce qu'on ne peut pas le dire. Un jour, M. le Président, il n'y aura probablement plus d'AMP. Et je dis à tort, M. le Président, parce que je ne peux pas prédire l'avenir, je ne peux pas prédire les circonstances qui pourraient survenir qui justifieraient une accentuation, peut-être même, des AMP après les avoir allégées. Ce n'est pas bon, ça, d'essayer de faire des prédictions dans 20 ans. Mettons en place des mesures structurantes dont on sait qu'elles auront des résultats bénéfiques dans les cinq prochaines années, les 10 prochaines années. Postulons que, si la tendance se maintenait sur cinq, 10 ans, ça va continuer dans 20 ans. Mais qui sommes-nous pour prédire exactement dans quel état la société va être rendue, l'état de la médecine, l'état de l'interdisciplinarité, et ainsi de suite, dans 15 ans?

Mettons en place la voie, les rails, restons sur les rails, donnons-nous des possibilités de s'ajuster au fil du temps, mais mettons-nous sur une voie qui va donner des résultats. C'est ce qu'on fait avec la loi n° 10, qu'on a commencé, depuis le 1er avril, à appliquer, et éventuellement avec le projet de loi n° 20. Ce que l'on propose va donner ces résultats-là.

Je postule, M. le Président, que, si rien ne change, oui, un jour, il n'y aura plus d'AMP, c'est certain. Maintenant, je ne peux pas dire combien de temps ça va prendre. Et ça, M. le Président, ça exige essentiellement, dans l'application du projet de loi n° 20, un monitoring, et c'est ce qu'on propose actuellement aux fédérations médicales.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole à notre collègue de Taillon pour un bloc de 15 min 48 s.

**Mme Lamarre :** Je vous remercie beaucoup, M. le Président. Alors, je nous rappelle tous que nous sommes dans l'étude de crédits, et donc je pense qu'on a un devoir de bien s'occuper de la raison pour laquelle on est ici aujourd'hui. Et je rappelle également que c'est très important pour la population qui écoute de comprendre que l'endroit où on met l'argent est déterminant, et l'endroit où on enlève l'argent a également un impact direct sur l'accès aux soins, sur les soins eux-mêmes, et je pense que c'est ça qui doit faire l'objet de nos échanges aujourd'hui.

Alors, j'aimerais revenir, dans le fond, sur un des éléments du Plan économique du Québec. Alors, j'ai eu l'occasion de participer à la Commission sur les finances publiques et j'ai questionné le ministre des Finances au sujet d'un élément qu'on retrouve à la page A.15 du Plan économique et qui porte le titre d'*Adoption des meilleures pratiques pour améliorer la pertinence des soins de santé et de services sociaux*. Et, dans l'exercice budgétaire de 2015-2016, donc à l'intérieur d'une année, le ministre de la Santé, M. le Président, a prévu des économies de 150 millions de dollars, 150 millions d'économies sur la pertinence des soins de santé et de services sociaux. Alors, j'aimerais qu'il me dise de quelle façon il va récupérer ce 150 millions de dollars là à l'intérieur d'un an.

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

**M. Barrette :** M. le Président, j'imagine que la députée de Taillon n'aura pas objection à ce que je complète ma réponse à la question qu'elle nous a posée à son premier bloc.

**Mme Lamarre :** Je suis d'accord.

**M. Barrette :** Parfait. Alors, M. le Président, je vais quand même mettre les choses en perspective parce que c'est important de le mettre en perspective. Je tiens à rappeler à la députée de Taillon que son parti, lorsqu'il était au pouvoir, a donné les plus grandes augmentations en rémunération médicale des 20 dernières années aux médecins. L'augmentation donnée aux médecins sous le Parti québécois en 2013-2014 a été équivalente à 13,4 % du budget, alors que nous, là, c'est 6,4 % en 2014-2015 et, en 2015-2016, 4,5 %, M. le Président. Le Parti québécois m'a donné à moi, quand j'étais négociateur plus que ce que moi, je donne aux médecins. C'est le fun de mettre les choses en perspective, M. le Président, parce que, lorsque le PQ était au pouvoir, là, c'est drôle, il n'avait pas ces critiques-là et il faisait deux fois plus pour les médecins que ce que nous, on fait. Et je rappelle, M. le Président, que, dans cette période-là, le Parti québécois a généré un des plus gros... ou le plus gros déficit de l'histoire du Québec.

Pour aller à la question précise qu'elle nous a posée, alors là j'avais posé comme question tout à l'heure à la députée de nous dire quel document elle utilisait. Je postule — et je pense qu'elle nous l'a dit — elle utilise le document ou les données que nous lui avons données aux quarts des crédits qui étaient les données partielles, estimatives de ce moment, qui n'étaient pas les crédits définitifs. Et, juste pour une compréhension adéquate de cette situation-là, les montants qui ont été donnés à ce moment-là étaient les montants de l'étalement, que je vais qualifier de bruts. Vous allez comprendre pourquoi ils sont bruts.

Les montants qui sont indiqués aux crédits ne sont pas les mêmes parce que l'application de ces montants-là, évidemment, aujourd'hui, tient compte de ce que nous allons faire, bon, qui sont aussi... qui ont aussi une imprécision, mais qui est plus précise que ce que l'on a fait précédemment. Je le dis, M. le Président, parce que, dans la façon de la députée de Taillon de présenter la chose, elle s'interroge manifestement sur la possibilité d'avoir des coupures ailleurs qui n'auraient pas été dévoilées. Elle nous dit... Bien, elle me fait signe de la tête que non, tant mieux.

• (13 heures) •

**Mme Lamarre :** ...

**M. Barrette :** Bien, ce que je veux dire, M. le Président, c'est que, dans son introduction, M. le Président, elle a dit : Bien, le 32 millions, c'est important de savoir où il est parce que le 32 millions, ça pourrait être des services coupés ailleurs, on veut savoir où est-ce que c'est. Alors là, j'informe la députée de Taillon, M. le Président, qu'il n'y a pas d'argent, 32 millions, ailleurs qui est coupé, simplement que les crédits budgétaires qui sont là sont ce qu'ils sont et que la différence qui vient du 320 millions versus le 297 vient simplement du fait qu'au dépôt final des crédits nous avons estimé l'économie probable dans la PMA à 24 millions plutôt que le montant initial qui avait été prévu et nous avons défalqué un montant de 7 millions du budget de la RAMQ pour les TI qui a été imputé dans les budgets au FRISSSS, qui est notre fonds en technologies de l'information.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup...

**M. Barrette** : Alors donc, le 297 que l'on donne est réel. Le 328 précédent était un estimé qui est actualisé aujourd'hui. Maintenant, je vais demander à la députée de Taillon si elle veut que je continue sur la déclinaison spécialistes, médecins de famille et lui demander si elle est satisfaite de la réponse.

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

**Mme Lamarre** : Je suis satisfaite de cette réponse-là. J'aimerais juste passer maintenant à l'autre question, la dimension de ma question de pertinence à 150 millions, de quelle façon le ministre prévoit un gain de 150 millions, une économie de 150 millions sur la pertinence.

**M. Barrette** : M. le Président, la pertinence est un chantier qui est un vaste chantier, qui, évidemment... à mon avis, que personne ne conteste. C'est un exercice que tout le monde doit faire. Je pense même me rappeler, et dans ses fonctions précédentes et aujourd'hui encore, avoir eu des discussions avec Mme la députée de Taillon sur l'importance de s'adresser à cet élément-là. C'est un chantier qui est vaste, que l'on a traité, nous, avec prudence, et essentiellement nous avons identifié des éléments sur lesquels nous pensons être capables d'intervenir dans la prochaine année en termes de pertinence d'actes et de services médicaux pour lesquels on peut aller chercher des économies. Et, par pertinence, ça signifie que, collégialement, avec le milieu de la santé et particulièrement, évidemment, avec le milieu médical, on estime possible d'aller chercher un montant d'argent, 150 millions, qui pourrait être beaucoup plus grand, beaucoup, beaucoup, beaucoup plus grand. Nous avons été prudents, et on pense pouvoir, donc, aller chercher certaines économies.

Et je vais donc donner quelques exemples parce qu'ici on est dans les exemples. Alors, par exemple, on estime — et ça a déjà été fait, là, ça, dans d'autres secteurs — sur la base de la pertinence, il serait possible, en travaillant avec le corps médical, de faire en sorte qu'on révise la pertinence de la prescription, la demande d'analyse de biologie médicale, des prises de sang, des analyses de telles mesures de telles molécules dans le sang, par exemple, et on estime que, dans ce secteur-là, on pourrait aller chercher des économies à hauteur de 4,2 millions de dollars.

On estime, par exemple, que, dans une révision sur laquelle on travaille actuellement des indications d'utilisation d'un groupe de médicaments, d'une classe qui s'appelle les statines — et ça, c'est un domaine, là, avec lequel la députée de Taillon est, évidemment, très familière — qu'il est prudent de penser qu'on pourrait aller chercher des économies dans la prochaine année de 50 millions de dollars. Je pense que la députée de Taillon considère qu'on pourrait aller chercher probablement beaucoup plus, mais on a été prudents, là, on n'a pas mis des chiffres, là, mirobolants à propos desquels, au bout de la ligne, on va simplement constater qu'on n'a pas livré la marchandise. Alors, 50 millions, par exemple, pour les statines.

Même chose pour... d'une autre classe de médicaments, les inhibiteurs de la pompe à protons, qui sont des médicaments couramment utilisés, de très grand volume. Mettons, ça, on va dire ça, là, pour que les gens nous comprennent, les brûlements d'estomac, là, au sens très large du terme. On estime tout à fait prudent d'inscrire une économie potentielle de 14 millions de dollars.

On estime pouvoir aller chercher des économies de l'ordre de 1,5 million de dollars dans l'algorithme, qu'on est en train de revoir, du traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Et là je pourrais continuer là-dedans. Je ne sais pas si la députée veut absolument que je fasse le tour de chacun des items pour arriver à un total de 150 millions, mais c'est l'optique que l'on prend, là.

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

**Mme Lamarre** : Bien, d'abord, je veux remercier le ministre parce que c'est une réponse qui reflète certaines attentes et des éléments qui sont réels et qui sont prévisibles. Maintenant, juste rappeler que, de 1997 à 2009, j'ai siégé sur des comités pour l'amélioration de l'usage optimal des médicaments, j'ai participé à l'INESSS, et ce sont des mesures qui ont toutes une pertinence, mais qui s'imposent avec un certain temps, un certain délai. Et donc le fait que ça ait été budgété, que ça fasse partie de la projection de l'équilibre budgétaire zéro pour le gouvernement en l'espace d'un an, dont il ne reste déjà plus que 11 mois, m'apparaît être très, très, très... en fait, très peu probable.

Donc, on peut penser que c'est une cible. Est-ce que c'est une cible qui est visée, un peu comme les 250 000 emplois? Parce que, de façon très concrète, très réaliste, pour chacune de ces mesures-là, il y a des délais, il y a du travail de fond à faire pour élaborer les règles, pour les appliquer, pour les déployer et pour qu'elles portent les résultats et les économies attendus. Alors, oui, je suis intéressée à entendre... Parce que, là, on a quand même un bout de fait, mais on est à peu près à 65 millions de dollars et on a 150 millions. Et déjà, là, ce que je vois, c'est que... Je ne mets pas en question que ces cibles-là soient pertinentes, mais le délai, le très, très court délai, puisqu'on parle d'un impact budgétaire, m'apparaît vraiment peu réaliste à ce moment-ci. Mais je serais curieuse d'entendre quand même les 90 autres millions de dollars parce qu'on a un 150 millions, là, qui est budgété, qui fait partie du budget.

**Le Président (M. Tanguay)** : Merci. M. le ministre.

• (13 h 10) •

**M. Barrette** : M. le Président, je reconnais l'importante participation que la députée de Taillon a eue dans l'utilisation, dans la... pas la gestion, mais dans l'évaluation d'éventuelles propositions aux différents organismes qui chapeautent la desserte de services de santé de la députée de Taillon au fil des années. Je sais qu'elle est très impliquée là-dedans et je reconnais ça. Ceci dit, M. le Président, il n'y a pas juste des médicaments là-dedans, là, d'une part. Et, quand la députée de Taillon nous dit que c'est un chiffre qui n'est potentiellement pas atteignable ou qu'elle voit comme étant difficilement atteignable, bien, je lui mettrai les choses en perspective.

Nous, on estime que, dans les secteurs qu'on a identifiés, c'est 650 millions de dollars qu'on pourrait aller chercher. Et nous avons choisi de se donner comme objectif d'aller chercher 150 millions, alors nous avons été prudents. On n'a pas fait le tour de la question et conclu que c'est 150 millions qu'on peut aller chercher, pas plus, puis on va aller le chercher. On a, au contraire, estimé que c'est 650 millions de dollars qu'on peut aller chercher et, par prudence, on estime raisonnable de penser, avec le même argumentaire que la députée de Taillon vient d'évoquer, qu'on peut aller en chercher 150 millions.

Deuxième élément, M. le Président, ce n'est pas une réflexion qu'on a faite dans les trois dernières semaines, d'une part, et ce n'est pas un exercice qu'on commence aujourd'hui. C'est un exercice qui est déjà en cours, c'est une des premières directions que j'ai prises en arrivant en poste. En arrivant en poste, je me suis déjà adressé à ça. Les éléments, là, que je montre, là, actuellement, ce sont des éléments pour lesquels on travaille depuis des mois et qui arrivent bientôt à leur application. Et, pour illustrer la chose, je vais continuer, M. le Président.

Il n'y a pas juste du médicament, là. Par exemple, nous évaluons les économies que nous irons chercher sur une meilleure gestion de l'implantation des valves aortiques par voie percutanée, hein? Et là c'est une question de performance et d'indication, on estime pouvoir aller chercher là 1,5 million.

Même chose sur les nouveaux protocoles qui sont actuellement mis en place récemment pour la prise en charge des patients souffrant d'AVC. On sait maintenant que... Et on vient de les mettre en place, ces protocoles-là, maintenant. Voilà un exemple, là, qui démontre qu'on ne va pas attendre six mois pour avoir une économie, là, on vient de mettre ça en place, là. Alors, on met en place des protocoles qui font en sorte que les patients sont, dans ces circonstances-là cliniques graves, pris en charge plus rapidement, ce qui évite des complications, et des invalidités, et des incapacités significatives à long terme qui coûtent cher. On estime qu'on va aller chercher 5 millions là. Même chose, par exemple, pour...

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre, il reste 30 secondes à la collègue. Je lui permettrais peut-être de clore son...

**M. Barrette :** Ah! O.K. J'avais mal chronométré, excusez-moi.

**Le Président (M. Tanguay) :** Non, non, non, c'est... Et le ministre vous donnait, par contre, ce que vous demandiez. Comment voulez-vous gérer ça? C'est à vous.

**Mme Lamarre :** On pourra peut-être le poursuivre éventuellement, mais juste que l'explication de chacun des thèmes prend plusieurs secondes qui nous sont, à tous, précieuses. Mais ma question, ma dernière question en terminant, ce serait : Si le ministre n'atteint pas sa cible de 150 millions, est-ce qu'il va couper ailleurs ou est-ce qu'il va reporter l'atteinte de l'équilibre budgétaire? Parce que, très sincèrement, ça apparaît, là, très surréaliste de pouvoir le faire à l'intérieur d'une année.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, M. le ministre, ce que je vous propose... Ceci met fin à l'échange. Il reste un seul bloc de cinq minutes aux collègues de la banquette ministérielle, qui vous l'offrent. Alors, il reste un dernier bloc de cinq minutes, vous avez le loisir de donner réponse à notre collègue de Taillon.

**Une voix : ...**

**M. Barrette :** Ah! bien, je m'excuse parce que j'ai...

**Le Président (M. Tanguay) :** Pas de problème. Nous sommes sur un dernier bloc qui appartient au collègue de Maskinongé, bloc de quatre, cinq minutes. Vous avez le loisir, peut-être, de donner la réponse à la collègue de Taillon en l'utilisant. Ça vous est offert.

**M. Barrette :** Combien de temps? Ah! quatre minutes? Cinq minutes?

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui.

**M. Barrette :** O.K. Bien, je vais continuer. Parfait. Bien, si ça va à tout le monde, là. Donc, cinq minutes, M. le Président?

**Le Président (M. Tanguay) :** ...ça mettra fin à notre séance.

**M. Barrette :** Alors, quatre minutes? Quatre ou cinq?

**Le Président (M. Tanguay) :** 4 min 24 s.

**M. Barrette :** C'est bon. Non, non, mais je me chronomètre, moi, là, là. Ça a l'air de rien... Alors, M. le Président, alors, pour répondre à la dernière question qui m'est posée, qui est une question intéressante, je n'ai pas le choix, M. le Président, de répondre par la raison politique. Nous ne commentons pas les sondages, et je ne répondrai pas à une question hypothétique. Nous nous sommes engagés... nous avons déposé des crédits que l'on pense pouvoir livrer, M. le Président. On va commencer par faire ce que nous avons à faire pour livrer ça et on abordera une éventuelle question comme celle soulevée par la députée de Taillon si on a à y faire face.

Actuellement, là, moi, je vis dans un univers tel qu'au 31 mars 2016 le Québec sera en équilibre budgétaire parce que toute l'équipe libérale est solidaire de cet objectif et travaille avec acharnement pour y arriver pour le bénéfice de la population, pas du budget, parce que dépend, dépend la qualité et l'accès à nos services, à un contrôle des coûts et, donc, l'équilibre budgétaire. Donc, je ne peux pas répondre comme elle le voudrait — évidemment, je le comprends — à la question de la députée de Taillon, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. Je cède maintenant la parole pour les trois dernières minutes à notre collègue de Maskinongé...

**Une voix :** De Crémazie.

**Le Président (M. Tanguay) :** De Crémazie, pardon.

**Mme Montpetit :** De Crémazie. Comme il nous reste juste trois minutes, je vais faire une introduction des plus courtes pour vous laisser le maximum de temps pour répondre. Il y a une notion qui a été abordée à plusieurs reprises, puis on aura l'occasion d'y revenir dans les prochains blocs. Mais la notion d'accès adapté a été abordée à plusieurs reprises dans les consultations sur le projet de loi n° 20, et on a effleuré très brièvement ce que c'était, les impacts positifs pour le réseau, puis je voudrais vous donner l'opportunité de nous l'expliquer davantage, l'accès adapté.

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

**M. Barrette :** L'accès adapté, M. le Président... Mme la députée aborde un point extrêmement important. Il est tellement important, M. le Président, que des médecins de famille et d'autres gens qui représentent des organisations de médecins me demandent aujourd'hui : Pourquoi tu ne le mets pas dans la loi? Quand je parlais dans mes divers commentaires de régler la capacité et d'ensuite organiser la capacité, dans l'organisation de la capacité, une des façons principales de l'organiser, c'est l'accès adapté. C'est majeur. Nous, on pense — et c'est une opinion partagée par bien des gens — que le concept dont on n'a pas parlé, mais peut-être qu'on parlera lorsque je reviendrai dans le prochain bloc de ce côté-ci de la Chambre, lorsque je reviendrai au concept du taux d'assiduité... Le taux d'assiduité est un concept qui exige, à mon avis, pour réussir, que le médecin, pour ne pas être pénalisé, là, pour ne pas être ajusté financièrement, qu'il change sa pratique de l'actuel vers l'accès adapté. D'aucuns me disent que, bien, tant qu'à faire, comme on sait tous que la solution, c'est l'accès adapté, obligeons-le. On a choisi de ne pas le faire.

Maintenant, peut-être qu'il y a des gens aujourd'hui... ou peut-être même que la FMOQ elle-même va aller dans ce sens-là. Moi, je peux vous dire que, quand on parle aujourd'hui avec la fédération des médecins de famille, des médecins omnipraticiens, eux, aujourd'hui, en font une promotion intensive parce qu'ils ont bien compris que le chemin qui mène à la performance, à l'accès pour la population passe par ce que l'on met dans le projet de loi n° 20, qui doit s'exercer idéalement par l'accès adapté. Alors, je comprends que ça ne répond pas pour la mécanique, mais ça répond certainement pour l'importance de l'accès adapté, à propos duquel on aura la chance, j'espère, de pouvoir discuter ultérieurement.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Compte tenu de l'heure, je lève la séance, et les travaux de la commission sont ajournés au lundi 4 mai 2014, à 14 heures, où nous poursuivrons l'étude du portefeuille Santé et Services sociaux. Merci.

*(Fin de la séance à 13 h 18)*