



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le lundi 4 mai 2015 — Vol. 44 N° 49

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services
sociaux (4) : 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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le lundi 4 mai 2015 — Vol. 44 N° 49

Table des matières

Santé et services sociaux
Discussion générale (suite)

1

Intervenants

M. Sébastien Schneeberger, président suppléant

M. Gaétan Barrette
Mme Diane Lamarre
Mme Marie Montpetit
M. François Paradis
M. Marc H. Plante
M. Jean Habel
Mme Lise Lavallée
M. Pierre Giguère

* M. Jean Latreille, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le lundi 4 mai 2015 — Vol. 44 N° 49

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (4) : volet Santé et services sociaux

(Quatorze heures quatre minutes)

Le Président (M. Schneeberger) : Alors, bonjour à tous. À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et services sociaux ouverte. Je demanderai à tous et à toutes de bien vouloir fermer votre cellulaire ou appareil électronique.

Avant tout, je demanderais le consentement pour aller au-delà de l'heure prévue, c'est-à-dire — il est présentement 14 h 4 — pour aller jusqu'à 18 h 4. Consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Schneeberger) : O.K. Alors, la commission est réunie aujourd'hui afin de procéder à l'étude des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2015-2016.

M. le secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements aujourd'hui?

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Iracà (Papineau) est remplacé par M. Bourgeois (Abitibi-Est) et M. Tanguay (LaFontaine) est remplacé par Mme Ménard (Laporte).

Santé et services sociaux

Discussion générale (suite)

Le Président (M. Schneeberger) : Je vous remercie. Je suis prêt maintenant à reconnaître une première intervention pour l'opposition officielle pour un bloc d'exactly 19 minutes. Mme la députée de Taillon, c'est à vous.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, bonjour à tous, collègues, M. le ministre, tous les collaborateurs au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors, très heureuse de vous rencontrer, de vous accueillir aujourd'hui dans ce deuxième bloc sur les crédits en Santé et en Services sociaux.

Il y a un contexte qui... Il y a une maladie qui frappe notre société de façon toute particulière, et c'est le cancer. Ce cancer frappe de façon sournoise, frappe souvent sans symptômes prémonitoires et évolue, pour certains patients, malheureusement, à très grande vitesse, de sorte que tous les délais qui sont associés à cette maladie méritent un questionnement important. Et je pense que, dans un contexte de budget, on se doit d'attribuer une priorité, une attention toute particulière, à tout le moins, à la résolution la plus rapide possible des conditions qui entourent un diagnostic de cancer. Alors, ce diagnostic, je le sais... pour les gens qui nous écoutent, on connaît tous un, deux, trois proches qui sont touchés par cette maladie.

Or, on apprend par la Coalition Priorité Cancer, il y a deux semaines, qu'on a sorti, donc, des évaluations, des tableaux qui permettent de comparer les délais de chirurgie oncologique. Donc, quand les gens ont reçu un diagnostic de cancer, qu'on leur a dit qu'ils devaient être opérés à cause de ce cancer, on a donc, par région, des délais pour l'opération. Alors, on dit à la personne : Vous avez un cancer, ce cancer doit être opéré, par exemple un cancer du sein, et on lui dit : Écoutez, normalement vous devriez être opérée à l'intérieur d'un mois. Or, ce qu'on apprend dans les tableaux qui nous ont été présentés, c'est que, par exemple, pour la région des Laurentides, non seulement ces délais-là ne sont pas rencontrés, mais ils se sont gravement détériorés entre 2014 et 2015. Donc, 2015, les délais sont encore plus longs qu'en 2014. Et ça, on peut comprendre l'angoisse des gens qui ont reçu leur diagnostic et qui attendent l'appel de l'hôpital pour être opéré et éradiquer le plus rapidement possible ce cancer qui les frappe.

Alors, pour donner un exemple, dans la région 15, la région des Laurentides, les patients qui ont été opérés, en 2014, à l'intérieur d'une période de 28 jours, c'est à peu près pareil. Mais, entre 29 et 56 jours, donc ceux pour lesquels on a décalé d'un mois, on en avait 27 % des gens qui étaient en attente, qui ont été opérés entre 29 et 56 jours en 2014, et 21 % en date du 7 mars 2015. Mais ce qui est encore plus bouleversant, c'est que, pour la période de 57 jours et plus, donc on a dit à la personne : Vous devez être opérée, et là 57 jours et plus on avait 8 % des gens en 2014, on a 15 % des gens qui ont été en attente d'un délai de 57 jours et plus pour subir l'intervention à laquelle... on leur avait dit qu'ils devaient recevoir, dans le fond, à laquelle ils avaient droit, et donc un délai très important.

Je regarde la région des Laurentides, mais on voit que, dans la région de Montréal, le 57 jours et plus était de 17 %, il est monté à 28 % en 2015. Je regarde une autre région, qui est celle de l'Estrie, où on avait 15 % des gens qui ont attendu 57 jours et plus en 2014 et 27 % des gens qui ont attendu 57 jours et plus en 2015.

Donc, le choix que le gouvernement fait, c'est de diminuer les budgets. Moi, j'aimerais savoir de quelle façon on va répondre à ces gens-là et faire en sorte que les délais soient raccourcis quand les gens doivent subir une intervention à la suite d'un diagnostic de cancer.

• (14 h 10) •

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

M. Barrette : Alors, Merci, M. le Président. Alors, je suis tout à fait en accord avec notre collègue la députée de Taillon sur, évidemment, l'importance de respecter les délais quant aux traitements qu'on doit offrir aux citoyens pour les différents traitements contre le cancer. Maintenant, M. le Président, évidemment, la députée de Taillon prend fait et cause pour une organisation qui pratique un lobby, que je respecte malgré tout, M. le Président, parce que je pense que c'est important qu'il y ait des voix qui s'expriment. Ceci dit, elle prend des chiffres, là, qui font en sorte que ça peut inquiéter la population inutilement.

En date du 7 mars 2015, M. le Président — ce qui sont les statistiques les plus récentes que l'on a — il y a 38 891 procédures chirurgicales oncologiques qui ont été effectuées, et 88 % de ces chirurgies-là ont été faites au Québec à l'intérieur de 56 jours. Et, oui, pour toutes sortes de raisons, parce qu'il y a des raisons qui peuvent être justifiées, il y en a 12 % qui se font dans un délai supérieur à 56 jours. Alors, dépendamment du siège tumoral, M. le Président, parce qu'il y a des cancers qui sont plus fréquents et qui nécessitent un traitement plus rapide dans certains cas, bien, c'est 94 % des cancers du sein qui ont eu leur chirurgie en dedans de 56 jours, 94 % des cancers du côlon qui l'ont eue également en dedans de 56 jours — et on comprend que ce sont les deux cancers les plus fréquents dans la population — 88 % des cancers de la peau — là on tombe dans des fréquences, et là je ne veux pas minimiser évidemment l'importance de ça d'aucune manière — et 87 % pour les cancers de l'ovaire.

Alors, c'est vrai, M. le Président, que c'est notre objectif de faire en sorte que toute la population puisse recevoir ces traitements en temps requis. On est tous d'accord avec ça, et je suis sûr que tous les parlementaires qui m'accompagnent aujourd'hui ont cet objectif. Pour toutes sortes de raisons, dont l'organisation dans le réseau... D'ailleurs, c'est un peu à quoi auront à s'adresser nos gestionnaires à l'intérieur du projet de loi n° 10. C'est notre objectif à ce que tout le monde reçoive son traitement à l'intérieur des délais requis, M. le Président, et on va continuer à travailler pour aller dans ce sens-là. Qu'y a-t-il à faire? Évidemment, c'est une question de gestion à la fois de listes d'attente, et, comme on parle ici de chirurgie, c'est aussi une question d'accès aux blocs opératoires et de faire en sorte que les blocs opératoires soient gérés d'une façon très serrée. Et je me suis déjà adressé publiquement et aux directions de nos CISSS, et CIUSSS, et établissements non fusionnés, à eux-mêmes, et j'ai pris des positions sur la place publique pour aller dans ce sens-là.

Maintenant, si la députée de Taillon a des questions plus précises, je suis accompagné de notre directeur de la direction québécoise de lutte contre le cancer, Dr Latreille, qui pourrait, s'il y a consentement, répondre plus précisément à certaines questions si la députée de Taillon le désire.

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

Mme Lamarre : Merci. Et certain qu'on a besoin de savoir de façon précise — un petit peu plus précise, en tout cas — comment on se compare par rapport à ces délais et sur quels barèmes on se base pour avoir ça. Mais on doit comprendre aussi... et j'entends bien le souhait du ministre, mais, concrètement, avec les restrictions et les diminutions de budget, de quelle façon les directeurs, les présidents-directeurs généraux des CISSS vont pouvoir prioriser, et améliorer cet accès aux blocs opératoires, et prioriser ces chirurgies-là, moi, j'aimerais entendre, effectivement, Dr Latreille pour voir quelle est la lecture. Est-ce que ce qu'on a actuellement, on ne peut faire mieux? Et, si on fait mieux, est-ce qu'il y a des coûts qui devraient être prévus? Est-ce qu'il y a des budgets qui devraient être prévus pour qu'on puisse élargir ces périodes de blocs opératoires accélérées? On ne parle pas, là, de quelqu'un qui a une écharde dans le pied, on parle de quelqu'un qui a reçu un diagnostic de cancer et qui est dans une attente d'une chirurgie qu'on a dit être nécessaire pour lui. Alors, oui, j'aimerais bien entendre Dr Latreille.

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

M. Barrette : Mais, avant de laisser la parole, M. le Président, au Dr Latreille, je vais quand même commencer la réponse. Parce que la députée de Taillon, M. le Président, a fait une inférence qui est fautive. Elle a dit qu'avec les coupures... elle a insinué qu'avec les... Il n'y a pas de coupure, M. le Président, là, il n'y en a pas, de coupure, il n'y en a tout simplement pas. Ici, on est dans une dynamique d'optimisation, et cette optimisation-là était nécessaire, précédemment. Et je renverrais la balle à la députée de Taillon : En 2013, lorsque le Parti québécois a annoncé des coupures de 50 millions dans les budgets des programmes chirurgicaux, bien, le Parti québécois n'a pas eu vraiment de remord et d'hésitation à couper des budgets. Et probablement que le Parti québécois se disait : On peut couper les budgets et peut-être même donner les services, mais ce n'est pas toujours possible.

Ceci dit, nous, M. le Président, nous sommes dans une dynamique d'optimisation, je l'ai dit à plusieurs reprises. Nos blocs opératoires, au Québec, ne fonctionnent pas tous au maximum de leurs capacités. La loi n° 10 vise à faire en sorte... C'est écrit, là, tel quel, M. le Président, dans la loi n° 10, qu'on doit gérer de façon plus optimale nos ressources. C'est écrit tel quel dans le projet de loi n° 20. C'est important que la population le comprenne, qu'on doit gérer nos listes d'attente d'une façon que je qualifierais de militaire. Alors, l'optimisation de la gestion de nos blocs opératoires avec une gestion adéquate de nos listes d'attente fera en sorte qu'en cancer on sera capables de faire en sorte que les délais requis soient respectés.

La députée de Taillon, dans sa question, se demandait selon quels barèmes, M. le Président, c'est une question qu'elle a posée. Ces barèmes-là existent, c'est reconnu dans la littérature. Et je vais passer la parole à mon collègue, Dr Latreille, qui pourra élaborer sur les deux sujets.

Le Président (M. Schneeberger) : M. Latreille... Dr Latreille.

M. Latreille (Jean) : Oui, alors, écoutez, en ce qui concerne les délais en chirurgie oncologique, on a suivi ça de près, et, comme disait M. le ministre, la très grande majorité des personnes qui doivent être opérées en dedans des délais requis le sont. Les cas d'ovaires, les cas de sein, les cas digestifs, les hépatectomies, les pneumonectomies, tout ça, c'est fait dans le temps requis.

Ce qu'on s'est rendu compte, c'est vrai qu'il y a des patients, des cas de prostate de stade 1, des cas de thyroïde, qui sont opérés, des fois, pas dans les délais demandés. Et, quand on regarde ce qui se passe à travers le Canada, tout au moins, puis à travers le monde, c'est que, nous autres, on a des normes qui sont 28 et 56 jours. Pour la thyroïde, par exemple, pour le stade 1 de la thyroïde, dans d'autres provinces, comme en Ontario, juste à côté, c'est trois mois. Et donc nous sommes à revoir... Au Québec, on est en train de travailler ça. Est-ce qu'on devrait avoir une échelle de priorisation pour, justement, permettre aux cas... comme on le sait, les cas de prostate, aussi cas de thyroïde de faible grade, c'est des cas qui peuvent être opérés plus tardivement, c'est-à-dire qu'ils peuvent être opérés dans le troisième mois sans qu'il y ait de risque à la survie ou au côté curatif. Il y a même, dans certains cas... J'ai réuni récemment un comité d'experts pour le cancer de la thyroïde. Ils m'ont dit que, même, des fois, là, tu peux attendre quatre mois, puis c'est mieux, des fois, même, de ne pas opérer du tout.

Donc, plutôt que d'avoir des critères qui sont trop rigoureux, dans le sens qu'ils ne tiennent pas compte de la réalité pathologique de l'évolution du cancer, on s'en va vers un système de priorisation.

Mme Lamarre : Merci.

M. Barrette : M. le Président, si vous me le permettez, pour compléter cette réponse, je pense qu'il est... Ah! puis, je reviendrai à la prochaine question, ça va sûrement aller dans le même sens.

Mme Lamarre : S'il vous plaît, oui.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

• (14 h 20) •

Mme Lamarre : Alors, j'entends bien... Merci beaucoup, Dr Latreille, de vos commentaires. Merci, M. le ministre. Mais il y a quand même, dans les cancers qui sont ciblés par Dr Latreille, comme des cancers prioritaires, le cancer du sein, le cancer du côlon, il y a 6 % des gens qui ont été opérés à l'extérieur des standards qu'on s'était fixés comme les balises de temps obligatoires nécessaires. Donc, on a quand même, là, des gens... c'est six femmes sur 100 qui ont un cancer du sein. Il y a beaucoup de femmes qui ont un cancer du sein. Ça veut dire que ces femmes-là ont attendu plus que 57 jours avant d'être opérées après avoir eu leur diagnostic.

Le ministre nous dit : Il n'y en a pas, de coupure en santé. Eh bien, je suis désolée, mais le CISSS—Montérégie-Est est amputé de 15 millions de dollars — coupes de 2,4 millions au CSSS Pierre-De Saurel, Sorel-Tracy, coupes de 5,9 millions au CSSS Pierre-Boucher de Longueuil, coupes de 4,7 millions au CSSS Richelieu-Yamaska, Saint-Hyacinthe, 2 millions aux centres jeunesse — 15 millions. Bien sûr, le ministre peut nous dire : Ça ne s'appliquera pas à la chirurgie. Il ne faut pas que ça s'applique à la chirurgie, on a besoin d'avoir plus d'argent en chirurgie. On le voit, on a besoin d'ouvrir des blocs opératoires. Ça veut dire, donc, de faire en sorte qu'on mette un petit peu plus d'argent là-dessus. Donc, on voit bien qu'il y en a, des coupes et qu'on oblige les directions des CISSS, maintenant, à faire des choix qui sont douloureux. Parce que je suis sûre que d'autres aspects des traitements et des services qui sont offerts sont aussi importants, sont déterminants pour d'autres patients.

Le ministre peut nous dire : On coupe dans le gras — c'est ce qu'on aime dire, là — on coupe dans le surplus, mais ces hôpitaux-là répondraient que ça fait déjà plusieurs années consécutives qu'ils ont absorbé des coupes importantes dans leur budget et que, cette année, on coupe dans l'os. On coupe vraiment dans des services qui font... qui sont importants et qui sont essentiels. Alors, ma question elle est simple : Comment on va augmenter le budget pour faire en sorte que 100 % des femmes qui sont atteintes d'un cancer du sein soient opérées à l'intérieur des délais prévus au Québec?

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

M. Barrette : M. le Président... et je vais y aller lentement, là, pour rassurer les gens qui nous écoutent, parce que ce qu'on entend, là, c'est déplorable. C'est bien évident, M. le Président, qu'à partir du moment où on annonce, par exemple, que, dans la restructuration que l'on fait, qu'on va couper... qu'on va récupérer 220 millions de dollars, par exemple, dans la loi n° 10; c'est évident, M. le Président, qu'il y a des montants, qu'il y a des budgets qui sont diminués. C'est évident, là. Alors, de faire le lien avec des budgets qui diminuent et les soins, bien, c'est un lien qui... c'est irresponsable, M. le Président, de faire ça. Il n'y a pas de document, là... et, si elle en a un, M. le Président, la députée de Taillon, il faudrait le déposer... qui montre qu'on coupe dans des budgets de traitement comme l'a fait le Parti québécois, par exemple.

Alors, actuellement, M. le Président, il n'y a pas ça, là. C'est vrai, là, qu'il y a des montants, là, qui disparaissent dans l'administration, mais l'administration, ce n'est pas des services directs aux patients, et ce n'est certainement pas des chirurgies pour le cancer. Et, pour ce qui est, M. le Président, des délais, encore là, M. le Président, il faut regarder les chiffres et faire des analyses beaucoup plus approfondies. Il y a des gens, par exemple, M. le Président... et la députée de Taillon, par ses compétences — parce qu'elle est compétente en santé, la députée de Taillon, M. le Président, elle est pharmacienne, elle a été présidente d'un ordre dont certains de ses membres sont à l'hôpital — elle sait très bien qu'il y a des patients qui ne peuvent pas être opérés dans un délai x pour toutes sortes de raisons. Une personne qui a un cancer du sein, M. le Président, peut, par exemple, avoir l'obligation d'avoir de la chimiothérapie avant. Cette chimiothérapie-là

peut se compliquer d'un certain nombre de choses. Une personne peut avoir des infections, peut avoir un certain nombre de complications qui retardent une chirurgie. Avant de faire l'adéquation entre un...

Le Président (M. Schneeberger) : En conclusion.

M. Barrette : Mais, M. le Président, c'est parce que, là, ici, on est ici dans l'information du grand public, qui, dans une question qui est posée par la députée de Taillon, peut être alarmante, et c'est notre responsabilité de remettre les choses dans leur perspective appropriée. Et ici, M. le Président, il n'y a pas de données que posséderait... et, si elle les possède, qu'elle les montre... la députée de Taillon... qui expliqueraient que les délais qui sont dépassés sont dus à autre chose que peut-être des raisons valides.

Le Président (M. Schneeberger) : O.K. Alors, ceci met fin au bloc du côté de l'opposition. Nous passons maintenant du côté des députés ministériels, et j'entends la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Je vous remercie, M. le Président. Avant d'entamer une prochaine question, on avait terminé le dernier échange avec le ministre sur la question de l'accès avancé, l'accès ouvert, et on avait eu très peu de temps. Donc, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, j'aimerais ça qu'on termine ce bloc-là pour permettre au ministre de répondre davantage sur les changements qui vont être apportés par rapport à cette nouvelle dynamique.

M. Barrette : Alors, quand...

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

M. Barrette : Ça va? Alors, merci pour me permettre de continuer la réponse que j'avais commencée lors de notre dernière séance. Et, lorsque j'étais rendu... Le sujet sur lequel j'étais rendu, M. le Président, était la question de l'assiduité, entre autres. Et, comme vous dites, Mme la députée... bien, M. le Président, il y a une mécanique, là, qui est en place... que l'on vise à mettre en place. Et, pour faire le lien avec la dernière présentation que j'ai faite, ou du moins la réponse que j'avais commencée précédemment, je vais quand même rappeler certains éléments. Si nous voulons régler, M. le Président, la question de l'accès ainsi que le parcours de soins du citoyen lorsqu'il a la malchance d'avoir à parcourir notre système de santé parce qu'on lui a trouvé un problème, il faut, dans l'ordre — et j'insiste là-dessus — dans l'ordre, s'adresser à la capacité, ensuite organiser la capacité pour ultimement ne s'adresser, un coup que les deux sont réglés, qu'à la qualité. C'est essentiel de le faire dans cet ordre-là.

La capacité, M. le Président, ça passe par une offre de services qui doit être accrue, accrue. Il y a des principes simples quand on parle d'offre de services, il y a le nombre de jours de présence, et ce que l'on demande à la communauté médicale de première ligne et de deuxième ligne, c'est une présence cinq jours par semaine, d'au moins 40 semaines, 200 jours. Et, quand on parle d'offre de services, M. le Président, on parle d'une offre de services minimale de 20 patients par jour pour les deux, 20 patients par jour de prise en charge, particulièrement pour la première ligne. 20 patients par jour, ça veut dire un médecin qui voit 20 patients dans son cabinet, qui voit 20 patients à l'urgence, qui voit 20 patients à l'hôpital, qui voit 20 patients dans un CLSC, qui voit 20 patients dans un CHSLD, mais 20 par jour, fois 200 jours, ça fait 4 000 visites. Or, les statistiques à cet effet-là, M. le Président, sont claires : la médiane est aux alentours de 2 000, 2 500. On est loin du compte. Et c'est sûr que, si ce compte-là n'est pas là, il n'y a pas d'accès.

Alors, on dit aux médecins : S'il vous plaît, dans la société d'aujourd'hui, la population qui paie des impôts et des taxes a raison de se plaindre d'un manque d'accès. Nous constatons que le nombre de médecins augmente et les services diminuent. On doit rectifier le tir, et la façon qu'on propose, c'est celle-là, et c'est une façon qui est reconnue partout dans le monde, dans les grandes organisations, M. le Président; on demande quotidiennement plus que ce que l'on demande, mais on estime, M. le Président, qu'avec ce qu'on demande la population sera servie sans aucun problème.

Or, cette capacité-là, M. le Président, elle doit s'organiser. Comment l'organiser? Et l'organiser, bien, ça veut dire l'accès adapté. Qu'est-ce que l'accès adapté? C'est une façon de pratiquer par laquelle le médecin s'engage auprès de ses patients d'être disponible selon la grille que je viens de vous donner, cinq jours-semaine, 40 semaines par année.

À partir du moment où la population est certaine que la porte est ouverte à l'équipe médicale pendant toute l'année durant, la population n'ira pas à l'urgence puis n'ira pas voir les médecins pour rien, là, elle va attendre d'avoir un problème.

Ça demande aux médecins d'arrêter de donner des rendez-vous périodiques qui ne sont pas vraiment utiles, pour remplir une cédule, générer des revenus. Ça demande aux médecins d'avoir une relation de confiance et d'engagement avec sa clientèle. Venez me voir quand vous avez besoin, téléphonez à mon équipe, il y aura une infirmière pour répondre, puis, quand vous aurez besoin, je serai là. Mais, avoir besoin, ça demande ceci, cela. C'est ça que ça demande aux médecins, ça demande de développer une relation avec sa clientèle, ses patients, d'expliquer, quand c'est nécessaire, de venir voir le médecin, de prendre du temps au début puis de s'engager.

• (14 h 30) •

Et, de notre côté, comme gouvernement, ça demande à ce qu'on puisse suivre ça, monitoriser la chose, M. le Président. Et, pour suivre ça et avoir l'assurance, l'assurance qu'au-delà d'un engagement moral sur papier, verbalisé, qu'au-delà d'un simple engagement il y ait une règle qui nous permette d'avoir une garantie de résultats, bien, on dit aux médecins : On va introduire un principe qui s'appelle le principe de l'assiduité. Et le principe de l'assiduité est un principe très simple. On dit aux médecins, et c'est l'essence du projet de loi n° 20, on dit aux médecins : Pour avoir accès à la pleine

rémunération, pleine par opposition à un ajustement tarifaire de rémunération à la baisse, pour avoir accès à la pleine rémunération, vous, comme médecins ou comme groupe de médecins, vous devez organiser votre pratique d'une telle manière que le patient face à vous... vous êtes un système local, face à votre clientèle, vous organisiez votre offre de services d'une telle manière que le citoyen, le patient, 80 % du temps, va aller vous voir. Pas 100 %, 80 %. 80 %, le citoyen, là...

Puis là mettons-nous, là, à la place, pendant un instant, dans les souliers du citoyen. Est-ce que le citoyen, là, ça lui fait plaisir et ça lui tente, là, spontanément, de décider ce soir d'aller attendre 12 heures à l'urgence? Non. C'est évident que la réponse est non. Est-ce que le citoyen, s'il sait et voit que son équipe est disponible aujourd'hui ou demain pour un problème mineur, est-ce que le citoyen ne va pas préférer d'aller voir son médecin ou son équipe médicale dans un GMF plutôt que d'aller dans une urgence? La réponse est évidente, c'est oui.

Et c'est évident — heureusement d'ailleurs, heureusement — que la majorité des raisons pour lesquelles un citoyen va voir un médecin aujourd'hui, c'est pour un problème relativement mineur. Si c'était le contraire, M. le Président, on ne serait pas capables de fournir, là, les gens tomberaient comme des mouches. Quand les problèmes sont majeurs, on se retrouve en médecine spécialisée, à l'hôpital, en oncologie, en chirurgie, accidenté, aux soins intensifs, on fait un infarctus, on a une tumeur cérébrale, on a une métastase. On est ailleurs. Mais, en première ligne, M. le Président, bien sûr qu'on peut suivre des choses significatives, des suivis de cancer, des choses comme ça, du diabète compliqué. C'est sûr qu'on peut faire ça, mais ce n'est pas la majorité des services qui se donnent.

Alors, on dit aux médecins : Si vous organisez votre pratique avec une offre de services qui est visiblement, pour le citoyen, telle que le citoyen va voir, une disponibilité, le taux d'assiduité va être au rendez-vous, c'est sûr. Et on dit aux médecins de famille en plus : Quand le patient, malheureusement pour lui ou pour elle, aura l'obligation, la nécessité d'aller chercher des services plus complexes, plus spécialisés, se faire opérer, subir une angioplastie, mais là évidemment que ces circonstances-là, là, ça ne compte pas dans l'assiduité, là. Ça ne va pas nuire au décompte du 80 %. Ça ne nuira pas. 80 %, ça veut dire que huit fois sur 10, pour un problème mineur, là, le patient est allé voir son médecin parce que son médecin s'est rendu disponible. C'est ça que ça veut dire, l'assiduité.

Mais on comprend, M. le Président, que, pour atteindre un taux de 80 % d'assiduité et donc ne pas subir d'ajustement dans la rémunération, un médecin doit se rendre disponible, et pour se rendre disponible, M. le Président, il faut afficher ouvert sur sa porte à hauteur de 20 patients par jour pendant 200 jours. Et en plus, et c'est ce que l'on va probablement faire rapidement, si on applique ce principe-là à un groupe de médecins qui travaillent ensemble, un GMF, un groupe de médecine de famille, bien, ça, ça veut dire qu'il y a des médecins dans le groupe qui peuvent voir moins de patients puis d'autres plus, mais que l'ensemble du groupe s'est construit une structure avec des plages de rendez-vous en quantité suffisante offertes à la population, sur des heures étendues offertes à la population, sept jours semaine, à l'année longue. C'est ça qu'on demande.

Est-ce que c'est trop demander? Non, parce que c'est inférieur à ce qui se fait ailleurs. Est-ce que c'est faisable? Oui, évidemment. Est-ce que ça demande des efforts? Oui. Est-ce que ça demande des changements par rapport à aujourd'hui? Oui. Et des efforts avec des changements, est-ce que c'est irritant? Oui. Est-ce que c'est au bénéfice de la population? Oui. Et est-ce que c'est pour ça qu'on est là, nous, tout le monde, là? Oui. C'est ça, l'assiduité, M. le Président. C'est ça qu'on veut faire. Pas recevoir un simple engagement moral, mais gérer — on est aux crédits, là — les impôts et les taxes pour qu'il y ait un résultat qui satisfasse la population, M. le Président. C'est ça qu'on veut faire et c'est ça qu'on va réussir à faire si on peut aller de l'avant, évidemment, avec le projet de loi n° 20. Et j'irais même plus loin : le projet de loi n° 20 est un projet qui suscite des changements au moment où on se parle, et peut-être qu'au bout de la ligne on ne l'appliquera jamais, mais il doit être là pour la simple et bonne raison que c'est lui qui est le vecteur de changement au moment où on se parle.

Le Président (M. Schneeberger) : Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Réponse fort complète. Je vous remercie. Je vais poursuivre dans la même lignée sur un autre sujet qui a suscité certaines inquiétudes dans la profession médicale, la question des cibles. Et plusieurs médecins, là, on l'a vu dans les journaux, on l'a vu lors des commissions, qui ont fait valoir la spécificité de leur pratique, certains médecins qui font des soins à domicile, de la pratique exclusive à l'urgence, soins palliatifs, suivis de grossesse, différentes clientèles qui ont des besoins particuliers et qui faisaient valoir que la prise en charge, dans le fond, de ces clientèles-là, ne leur permettrait pas de remplir les cibles qui ont été signifiées de façon générale...

Mais vous avez évoqué à plusieurs reprises que des pondérations seraient accordées à ces clientèles ou à des clientèles qui ont des caractéristiques particulières, et je cite à cet effet-là un extrait, là, du et de médecins spécialistes qui dit ainsi : «Les exemptions ou ajustements autorisés par le DRMG peuvent permettre à un médecin de famille de moduler sa pratique entre le suivi de patients inscrits et les activités d'établissements. Par conséquent, les modulations des deux types d'obligations sont réalisées selon le principe des vases communicants, entre le suivi de patients inscrits et les activités d'établissements...»

Donc, je souhaiterais qu'on... je pense que la... Dans le fond, l'étude des crédits, c'est aussi une bonne opportunité pour réexpliquer ou expliquer davantage, là, certains extraits, certains concepts de la loi, et on n'avait pas eu l'occasion d'aborder celui-ci encore suffisamment. Donc, si vous pouviez expliquer, donc, cet élément-là précis du règlement, toute la question de la pondération, expliquer les différentes catégories de pondération également, comment elles s'appliquent, là, aux différentes clientèles, et les impacts de cette pondération-là sur la réalisation des cibles d'un médecin, dépendamment quel type de clientèle il a également...

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

M. Barrette : M. le Président, si je ne m'abuse, il me reste environ 1 min 15 s.

Le Président (M. Schneeberger) : Il reste 7 min 30 s.

M. Barrette : Sept minutes?

Le Président (M. Schneeberger) : Oui.

• (14 h 40) •

M. Barrette : Ah! j'ai mal chronométré ma chose, excusez-moi. Parfait. Alors, à ce moment-là, je vais pouvoir détailler, et c'est parfait comme ça.

Bien, merci, Mme la députée, de me poser cette question-là sous cet angle-là. C'est une question qui est très importante parce que le projet de loi et la mécanique de la pondération... ce n'est pas un projet de loi qui vise à limiter, évidemment, l'accès aux services, mais bien à le favoriser. Le projet de loi n° 20, c'est une loi d'accès, ce n'est pas autre chose que ça. C'est une loi qui touche essentiellement la rémunération, les conditions selon lesquelles la rémunération est donnée aux médecins dans une finalité d'accès. Je l'ai dit à plusieurs reprises, c'est ça, le principe du projet de loi n° 20, tant pour la médecine de famille, que pour la médecine spécialisée, que pour la procréation médicalement assistée.

Maintenant, oui, il y a effectivement des pondérations qui sont mises en place pour deux raisons. Et les raisons que je vais évoquer, M. le Président, à l'instant, sont des raisons qui expliquent les éventuelles exceptions. Et ça a l'air bizarre, là, comme phrase, mais vous allez voir que ça prend tout son sens. Alors, M. le Président, commençons par les pondérations... ou plutôt, commençons par ce que l'on vise par la pondération de façon globale. Dans le merveilleux monde de la médecine de famille, il y a des philosophies, il y a des tendances, il y a un certain nombre d'orientations qui sont mises de l'avant et qui dépendent de l'évolution de la pratique de la médecine, par exemple.

Alors, un des axiomes, un des éléments fondamentaux sur lesquels sont basés la pratique de médecine de famille aujourd'hui, je dirais que ce n'était pas ça il y a 20 ans ou il y a 15 ans même, mais aujourd'hui, dans le monde de la médecine de famille, on vise à avoir une pratique — et c'est le terme utilisé dans le milieu de médecine de famille — polyvalente. La médecine de famille, c'est une médecine de famille. Ça ne peut pas être une médecine spécialisée, par définition. C'est une médecine globale, c'est une médecine multicentrique, multifactorielle, multi... tout. C'est ça que ça vise, la médecine de famille. On traite des enfants, des adultes, des personnes âgées qui ont toutes sortes de problèmes, et c'est un peu en opposition à une médecine plus spécialisée comme, par exemple, la cardiologie, dans laquelle il y a encore plus de spécialisation comme l'hémodynamie, les cathétérismes cardiaques. Alors, la polyvalence doit être encouragée, la tendance naturelle des médecins, qu'ils soient spécialistes ou médecins de famille... il y a une tendance humaine de cibler certaines activités. On cherche à éviter ça pour avoir une polyvalence. Dans un premier temps, M. le Président, la polyvalence, ça veut dire ne pas travailler simplement en cabinet, ça veut dire travailler aussi dans certains établissements, dans un hôpital, dans une urgence, dans un CHSLD, mais idéalement, oui, majoritairement en cabinet, quoiqu'une pratique majoritaire à l'hôpital ne soit pas exclue. On peut ajuster les choses, mais globalement, là, c'est ce que l'on vise.

Tout à l'heure, il y a quelques instants, je faisais référence à une offre de services. Bien, dans l'offre de services, il y a évidemment le temps, l'horaire, mais, dans cet horaire-là, il faut donner des guides, un chemin aux médecins pour construire une pratique qui va livrer les services à la population. Et le chemin qui est proposé, bien, il est dans notre document. Dépendamment du nombre d'heures faites à l'hôpital et du nombre d'années de service, un médecin peut ne pas faire d'hôpital et prendre à sa charge 1 500 patients, ne faire que de l'hôpital et ne prendre aucun patient à charge et tous les intermédiaires. Et, quand le médecin prend des patients à charge, bien là, il faut pondérer les patients parce que les patients, les citoyens n'ont pas nécessairement la même lourdeur sur le plan professionnel, demandé aux médecins.

Alors, je donne un exemple qui est simple. Lorsqu'un médecin fait 12 heures d'activité x, les fameuses activités particulières dont on a parlé à la dernière séance, bien, lorsqu'il en fait 12 heures, on lui demande de prendre 1 000 patients à charge. Mais ça, 1 000 patients à charge, M. le Président, ce n'est pas 1 000 individus, c'est l'équivalent de 1 000 individus parce que, quand on arrive à les compter, les individus, bien, on dit au médecin : On va regarder ta pratique et, pour avoir accès à la pleine rémunération, bien, on va t'octroyer une pondération pour ne pas te pénaliser. Le médecin ne doit pas se retrouver pénalisé parce qu'il se rend à 1 000, alors qu'il prend tous les cas les plus lourds. Ça serait injuste et inapproprié, ce ne serait pas possible. Deux minutes?

Le Président (M. Schneeberger) : ...

M. Barrette : Manifestement, on a un problème mutuel de chronomètre, mais ce n'est pas grave. Alors, on ne veut pas lui demander ça, on ne peut pas lui demander ça. On doit lui permettre de regarder sa clientèle et de dire : Moi, là, si ma clientèle est composée exclusivement de patients qui ont une grande lourdeur, je ne peux pas en prendre 1 000, puis il a raison, le médecin. Alors, il faut dire à ce médecin-là : Parfait, si ta clientèle est composée de patients qui sont vulnérables, bien, on ne va pas les compter pour un, on va les compter pour un coefficient x. C'est ça qu'est la pondération. Si ta clientèle est composée, par exemple, de patientes enceintes, on va les compter pour deux, pour trois, pour quatre, dépendamment de ce qui sera conclu ultimement. Actuellement, on est à deux. Si un patient est un patient en fin de vie à la maison, on le compte pour 40; si c'est un patient en fin de vie et en perte d'autonomie, on va le compter pour 25, et ainsi de suite, ce qui fait qu'au bout de la ligne, M. le Président, un médecin qui aurait à sa charge 400 patients pourrait rencontrer les standards.

Le Président (M. Schneeberger) : En conclusion.

M. Barrette : Ça va? J'ai terminé.

Le Président (M. Schneeberger) : Il reste 10 secondes.

M. Barrette : Je vais continuer au prochain bloc.

Le Président (M. Schneeberger) : Alors, cela met fin pour le bloc du côté ministériel. Nous passons maintenant du côté de la deuxième opposition, et j'entends le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Alors, bien, salut à tous, hein, bienvenue aux collègues. Salutations à nouveau à l'équipe qui entoure le ministre de la Santé, au ministre lui-même, en espérant que le beau soleil fasse en sorte qu'on puisse continuer à avoir des échanges instructifs, porteurs et qui vont de l'avant.

Et ce que j'aborderais, à ce moment-ci, M. le Président, c'est un dossier qui a provoqué beaucoup de questions légitimes et qui encore en provoque, un des plus importants chantiers à venir dans la région de Québec, un des plus importants, je dirais le plus important qu'on n'aura jamais vu à Québec, c'est le projet d'un nouveau complexe hospitalier dans la région de Québec, qui est évoqué par divers gouvernements depuis déjà 2005, hein? Ce n'est pas d'hier qu'on avance avec un projet comme celui-là. En 2013, le gouvernement du Québec annonçait finalement que le site de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus a été retenu pour établir ce nouveau complexe hospitalier, estimé, à ce moment-là, à 1,7 milliard de dollars. On confirmait aussi le maintien de la mission hospitalière, M. le Président, dans l'Hôtel-Dieu dans le Vieux-Québec.

Plus récemment... et là beaucoup de questions ont été lancées, provoquées, et les réponses du ministre sont intéressantes. Plus récemment, donc, une note interne produite par un membre de l'équipe du ministre de la Santé, par un attaché politique du ministère, estimait que les coûts de ce projet pourraient s'élever à 3,7 milliards de dollars. Or, le ministre de la Santé a affirmé que le projet final coûtera 2,6 milliards de dollars. De plus, il évoquait, il évoque la fin des activités hospitalières dans l'actuel hôpital de l'Hôtel-Dieu de Québec. Encore une fois, des questions, là encore, de la surprise et des réactions.

Considérant que la décision du ministre a été prise sans consultation des citoyens de Québec, des professionnels de la santé, des parlementaires, bien, la Coalition avenir Québec a proposé ce qu'on appelle un mandat d'initiative permettant de convoquer le ministre de la Santé en commission parlementaire pour permettre aux députés de poser toutes les questions pertinentes et d'approfondir le sujet pour dégager des constats, des pistes de solution, pas pour mettre en péril, pour dégager et mettre en place des pistes de solution, en fait, au nom de la compréhension, pour mieux comprendre.

Le gouvernement est majoritaire, a refusé notre demande, ce qui a un peu ébranlé le principe de la transparence que défend le gouvernement, à mon sens. On espérait sincèrement que le ministre de la Santé allait accepter la proposition constructive et légitime de la CAQ, qui aurait permis de faire la lumière sur l'état d'avancement de ce projet-là, parce que, je vous l'ai dit il y a deux instants, c'est le projet de l'histoire de Québec, ce sera le plus important, et ça touche la santé des gens et ça touche tous les citoyens. Le ministre a décidé de remettre en question la position de la Coalition avenir Québec, c'est de bonne guerre, c'est correct, sauf qu'aujourd'hui je pense qu'on peut avancer finalement puis peut-être obtenir des questions et d'aller de l'avant avec un échange, bon, évidemment, là, porteur sur ce dossier-là.

Ça aurait été intéressant d'avoir une commission parlementaire. Pourquoi? Pour entendre le conseiller politique du ministre, Robert Dyonne, qui a écrit le rapport interne; la Société immobilière du Québec, qui a produit un rapport en 2013; l'agence de la santé de Québec, M. le Président; certains médecins de l'Hôtel-Dieu de Québec et de L'Enfant-Jésus qui sont pour et contre, ou contre le projet, donc entendre tout le monde; les comités de citoyens du Vieux-Québec; les Augustines, qui se sont surprises, à un moment donné, et le ministre, s'en rendant compte, est allé les rencontrer rapidement, histoire de parler de vocation de l'Hôtel-Dieu dans le Vieux-Québec; l'ancien ministre de la Santé, Réjean Hébert.

Pourquoi les entendre? Pour faire la lumière sur, d'abord, les écarts importants de coûts entre 2013, 2014 — c'est important, l'argent, c'est important — pour connaître les avantages cliniques pour les patients dans la région de Québec; pour savoir comment le ministre va garantir que les lits fermés à l'Hôtel-Dieu de Québec seront ouverts ailleurs, dans d'autres établissements de la région; pour faire un débat public sur une question aussi importante que celle-là.

• (14 h 50) •

Je rappelle quelques petits détails pour qu'on puisse ensemble comprendre, suivre l'historique un petit peu de ce mégaprojet. Évoqué publiquement la première fois, c'était en 2005, par l'actuel premier ministre, alors ministre de la Santé, le coût estimé : 175 millions; projet final annoncé par le gouvernement du Parti québécois, c'était en septembre 2013 : 1,7 milliard. L'actuel ministre de la Santé dit, en décembre, que le coût du projet sera compris dans une fourchette entre 1,5 milliard et 3,6 milliards, importante fourchette. Quelques semaines plus tard, le ministre dit que ce sera 2,6, maximum, sinon, on abandonne le projet. Et pourtant, dans le rapport dont je vous parle, bien, on parle d'un projet qui pourrait, noir sur blanc, coûter 3,7.

Des choses importantes, M. le ministre, dans ce dossier-là, parce qu'il y avait des passages de notes internes produites par M. Dyonne qui sont inquiétants et qui ont provoqué des questionnements. On a dit, on écrivait noir sur blanc que le dossier comportait son lot d'erreurs, d'omissions, de vices cachés, résulte d'un virage précipité aux motivations nébuleuses, que tout projet qui respecte la programmation clinique décrite au dossier va coûter 3,2 milliards en plus des 515 millions nécessaires pour requalifier l'Hôtel-Dieu de Québec.

Six conclusions : Tout cet argent de plus pour si peu d'amélioration nette de l'offre de services; potentiel limité de synergie doublé d'un risque réel de dysfonctionnement clinique; projet dont les coûts et les risques sont sous-estimés, mais néanmoins vulnérables aux ajouts successifs au plan clinique au parc d'équipement; un site qui n'offre pas tous les atouts escomptés; il n'est pas possible d'optimiser ce projet sans créer un important déficit dans l'offre clinique régionale tout en respectant le budget — et ça, c'est des conclusions qui sont écrites, là, je ne les invente pas, c'est du noir sur

blanc — le risque de démanteler, démobiliser une équipe clinique dans une pointe d'excellence avant même de pouvoir la déménager.

Et, malgré ces constats, le ministre a rejeté du revers de la main ce rapport pourtant bien étoffé. L'effet, c'est qu'actuellement on ne sait pas combien ça va coûter, qu'est-ce qu'on va avoir en termes de lits, de salles d'opération, malgré qu'il fut annoncé en 2013, estimé à 1,7 milliard, avec des études de la Société immobilière du Québec et de l'Agence de la santé de la Capitale-Nationale.

Alors, il se passe quoi? Donc, première question. Il n'y a pas lieu ici de chercher des coupables, hein, qui n'a pas fait son travail et qui l'a moins bien fait. Est-ce que c'est le gouvernement du Parti québécois? Est-ce que c'est la Société immobilière? Est-ce que c'est le ministère de la Santé, l'agence de Québec? Ne cherchons pas, faisons cependant l'exercice de mieux comprendre et de faire avancer un dossier qui questionne les gens. Ma première question au ministre, mais il y en aurait une qui suivra.

Le ministre a balayé rapidement du revers de la main ce document-là qui en a inquiété plusieurs. Est-ce que le ministre réfute toutes les inquiétudes que l'on pouvait y lire et qui ont fait en sorte que les gens se questionnent davantage concernant ce mégaprojet à voir le jour dans la région de Québec éventuellement?

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

M. Barrette : Oui, M. le Président. Alors, je commencerai quand même par une couple de commentaires sur le préambule du député de Lévis. Je n'ai pas balayé du revers de la main la demande de commission parlementaire que la Coalition avenir Québec a faite. La question n'est pas là. La question, c'est qu'évidemment, et je pense que le député de Lévis en convient, le projet, à un moment donné, il doit avancer. Il y a des besoins, il y a... Ce projet-là est là depuis longtemps. Tu sais, à un moment donné, il faut y arriver. L'hôpital vieillit, il est rendu à plusieurs siècles. Il y a des décisions qui doivent être prises puis elles doivent être prises.

La raison pour laquelle on n'a pas... et je suis content que le député de Lévis a, dans cet échange qu'il veut porter... Puis je suis d'accord avec lui qu'on débattre de ça, qu'on en parle à l'étude des crédits. C'est un gros montant, effectivement, mais encore faut-il qu'on en débattre dans l'état de la situation des choses actuelles. C'est un projet qui a été longtemps réfléchi et qui a été l'objet de nombreuses discussions, réflexions, reportages, remaniements et qui a été étudié, je dirais, de fond en comble. Et, lorsque la demande de commission parlementaire m'a été faite, je ne voyais tout simplement pas la plus-value de faire ça. Il y a une plus-value politique dans le jeu politique parlementaire, que je comprends, mais ce n'est pas avec mépris, là, c'est avec respect que j'ai dit non, parce que je ne voyais pas la valeur ajoutée aujourd'hui d'avoir une séance de questionnement qu'on fait là, dans une certaine mesure, là, à l'étude des crédits puis que je fais parce qu'on a du temps de prévu à l'étude des crédits. Et c'est de bonne guerre, comme le député de Lévis a dit tantôt, c'est tout à fait de bonne guerre, puis je le prends comme ça. Mais faire une commission parlementaire pour en arriver à quoi au bout de la ligne, alors que les conclusions ont été tirées et ainsi de suite?

Le député de Lévis, M. le Président, a fait référence à un document interne qui a circulé. Je l'ai dit sur la place publique, j'ai répondu à ça, ce document-là n'était pas une analyse définitive et, dans les faits, c'est un document de début de mandat, à mon arrivée, début de mandat qui n'était pas simplement le début de mon mandat, mais qui était le début de l'équipe. Mais, quand l'équipe arrive, évidemment, les gens reçoivent des dossiers et se mettent à jour, et il s'est avéré que cette mise à jour là a été... et c'est un fait, ça, c'est un fait avéré, là, c'est un fait, ce document-là est le résultat de la collection d'informations qui venaient d'une des, parce qu'il y en a plusieurs, là, parties commentatrices — et je vais l'appeler comme ça — du projet.

Il y a des opposants au projet. Il y a des gens qui s'opposent au projet pour toutes sortes de raisons, pour moi, qui ne sont pas toujours valables. Et la pire des raisons pour s'opposer au projet, c'est : je veux rester où est-ce que je suis. Ça, pour moi, là, c'est la pire. Alors, quand un groupe d'individus fait des démarches, sollicite des gens, demande des opinions informelles à des gens qui ne sont pas, mais ne sont pas dans le dossier, ils sont à l'extérieur, ils n'ont pas accès à toute la donnée, et que ces gens-là émettent des opinions, produisent des documents qui sont repris par les individus qui s'opposent et qui relaient ces opinions-là à quelqu'un qui fait une collection de données, bon, bien, quand je constate ça, bien, qu'est-ce que fais avec ce document-là? Je ne le prends pas.

Je fais le point, parce que c'est la chose responsable à faire pour un ministre, faire le point; c'est quoi, la réalité. Et la réalité, c'était la chose suivante et ça demeure la chose suivante : il y a des opposants qui invoquent des choses qui ne se vérifient pas, il y a des protagonistes qui invoquent des choses qui sont ce qu'elles sont. Et il y a un juste milieu, comme toujours, dans les débats et il y a une réalité qu'on demande de vérifier. Et la réalité qu'on a de vérifiée, c'est le projet qui est sur la table actuellement, qui est budgété à la hauteur de tant et qu'actuellement, aux dernières nouvelles, on pense pouvoir livrer à la hauteur de 2,1 milliards de dollars. C'est tout.

Le Président (M. Schneeberger) : M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Donc, continuons à avancer et à cheminer. Ça continue à faire jaser, M. le ministre en est bien conscient. Dans ce dossier, il y a plusieurs scénarios sur la table, et là j'aimerais me référer à un article de François Bourque, publié dans *Le Soleil* du 28 avril 2015. Quatre scénarios sur la table, François Bourque, qui écrit que les chargés de projet... il venait de le dire, M. le ministre : Les chargés de projet ont fait le point, parlent donc d'un projet de 2,1 milliards. «On va reconstruire l'équivalent des 22 bâtiments actuels de l'Hôtel-Dieu du Vieux-Québec et les intégrer au complexe de L'Enfant-Jésus.» François Bourque constate, dans son article, l'absence d'une étude sur ce qui serait la meilleure organisation régionale des soins hospitaliers, et ça, ça inquiète aussi. Et il pose la question suivante : Est-ce que le budget du projet de L'Enfant-Jésus tient la route? Parce que c'est tout ça au bout du compte.

Donc, quatre scénarios, puis je vais les passer rapidement en revue. Il y a le scénario qu'il appelle Walt Disney, et là c'est l'article de François Bourque, c'est le scénario parfait. Pas grand monde croit à ça, nous dira M. Bourque, pas même ses promoteurs. On est ici dans le monde du merveilleux, on sait ce que c'est, Walt Disney. «Respect intégral des délais et du budget; maintien de tous les services annoncés : 760 lits, les labos, neurologie, oncologie, stationnement souterrain, etc., et peut-être davantage; hôpital moderne, efficient et centré sur les patients.» Ça, c'est le scénario Walt Disney, des solutions créatives et puis, bon... Mais, somme toute, ça tient davantage d'un idéal avisé que d'une réelle probabilité. Ça, c'est le premier scénario évoqué par François Bourque dans son article du 28 avril.

Deuxième scénario, c'est celui de la sacoche. Alors, on dit : «C'est le scénario du ministre [...] et des chargés de projet de L'Enfant-Jésus. Priorité absolue au respect du budget, même si l'échéance devait dépasser 2025. Au besoin, on retourne aux planches à dessin, [on trouve] des solutions et, à la limite, on coupe dans la programmation : moins de lits, moins d'espaces de stationnement, moins "d'architecture" [...] scénario qui laisse songeur. [Et], pour atteindre toutes les cibles d'optimisation évoquées, il faudra pratiquement refaire ou retoucher la totalité de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus. En plus de reconstruire tous les volumes de l'Hôtel-Dieu.»

Et là François Bourque dit : «On m'a souvent expliqué les dépassements de coûts des grands projets par l'imprécision des évaluations de départ. Les promoteurs lancent un chiffre, mettent le train en marche [...] découvrent ensuite que les difficultés étaient sous-estimées et que des éléments avaient été oubliés. Or on ignore à quoi ressemblera le futur Enfant-Jésus. Quels services seront amalgamés, combien de salles d'opération, combien de lits ou de cases de stationnement, combien d'étages?»

«Le cas échéant — dira-t-il — que [reste-t-il] de la plus-value espérée de la fusion des deux hôpitaux? Outre de beaux locaux tout neufs, est-ce que ça aura vraiment valu le coût?» Deuxième scénario.

• (15 heures) •

Le troisième, c'est la catastrophe, *Scénario «catastrophe»*, là, scénario du CHUM :

«Retards et dépassements de coûts — bon :

«Il y a des exceptions, mais la tendance est lourde, d'où la méfiance et le cynisme des citoyens.» On annonce un budget, mais il y a des imprévus, mauvaise évaluation, ça coûte plus cher.

«Quand ce n'est pas la magouille — dira-t-il — du mode de construction en partenariat [public et privé].

«Un scénario du pire.»

Et, le dernier, bien, le scénario de l'amphithéâtre. C'est le scénario que François Bourque dira reconnaître le mieux dans la démarche actuelle du projet de l'Enfant-Jésus :

«On lance très tôt un chiffre [...] on s'y accroche jusqu'à la fin. Au besoin, on coupe un peu dans la programmation, mais, pour l'essentiel, on maintient l'annonce initiale.

«Si on pressent que ça ne passera pas, on impute ce qui ferait dépasser à d'autres budgets ou à d'autres [secteurs].

«À l'amphithéâtre — par exemple, vous savez — on a [...] exclu de facture officielle la reconstruction du Ludoplex assumée par Loto-Québec; [...] haussé sa contribution initiale — pour le gouvernement — Québecor aussi; la place publique, la démolition du vieux Colisée [...] le réaménagement d'ExpoCité [qui n'apparaît] pas dans les 400 millions ni les infrastructures urbaines et de transport.

«[Donc] un scénario — dit-il — similaire se dessine à l'Enfant-Jésus.

«[...] La réalité est que le coût public du projet Enfant-Jésus-Hôtel-Dieu est déjà supérieur aux 2,1 milliards évoqués cette semaine.»

Et là je sais que le ministre a lu, probablement, cet article-là. Ma question : À travers ces quatre scénarios que je lui présente, en tout cas, hein, parce que ça jase, lequel se ressemble le plus ou ressemble le plus à sa vision de ce que sera le projet Enfant-Jésus-Hôtel-Dieu de Québec? J'en poserai deux, questions, je les pose tout de go, il pourra continuer. On peut lire, à la question 43, que le projet de réutilisation de l'Hôtel-Dieu, «après le déménagement de plusieurs activités sur les terrains de l'Enfant-Jésus, incluant notamment les échéanciers, les coûts et le mode de construction», reste à définir. Alors, on ne sait pas ce qu'il va advenir non plus des activités des bâtiments de l'Hôtel-Dieu actuel. Le ministre de la Santé a déjà dit, bon, qu'il verrait, il n'y aura plus de vocation hospitalière, peut-être autre chose. Est-ce qu'il peut aussi nous dire ses intentions quant à l'avenir du site actuel? Bref, le ministre, à vous la parole pour éclairer ceux et celles qui s'inquiètent.

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

M. Barrette : M. le Président, pour ne pas qu'il y ait de confusion, là, techniquement, il me reste deux minutes.

Le Président (M. Schneeberger) : Oui.

M. Barrette : Bon, c'est parfait. Non, c'est parce que, tantôt, j'ai eu un petit problème de chronomètre.

Regardez, M. le Président, le député de Lévis a en sa possession la réponse détaillée de l'état de situation actuel à la question qu'il nous a posée. Il m'a posé une question, là, à la question n° 42, à la page 100 : «État de situation concernant le déménagement des activités de l'Hôtel-Dieu de Québec sur les terrains de l'Enfant-Jésus, incluant notamment les échéanciers, les coûts et le mode de construction.» Il y a une réponse détaillée, M. le Président, c'est deux pages. Je peux les lire, mais il les a. Maintenant, le député de Lévis me pose une question. Il voudrait que je réponde en fonction de l'article que M. Bourque a écrit dans *Le Soleil*. Bien, c'est la liberté de presse, là. Libre à M. Bourque d'évoquer des scénarios et de faire des prédictions — parce que, là, on est dans les prédictions plutôt que dans les prévisions — mais je ne commenterai pas un article de journal. Il y a, dans le cahier de questions, le scénario qui est actuellement à l'étude, qui est détaillé et qui donne les réponses à sa question. Et je ferai remarquer, M. le Président, au député de Lévis que sa

formation politique et son prédécesseur, qui était critique en santé, étaient largement en faveur du déménagement de l'Hôtel-Dieu et, à ma connaissance, n'ont pas changé d'idée.

Pour ce qui est de l'Hôtel-Dieu, je l'ai dit à plusieurs reprises, M. le Président, nous n'engagerons pas 500 millions de dollars pour faire de l'Hôtel-Dieu résiduel un hôpital. L'activité qui y restera sera liée à la santé, et c'est la réflexion qui se fait dans le dossier d'étude pour lequel on a investi un certain montant d'argent actuellement, et ça se conclura à la fin de l'année.

Le Président (M. Schneeberger) : Je vous remercie, M. le ministre. Le temps de la deuxième opposition est écoulé. Alors, nous passons maintenant du côté gouvernemental, et j'entends la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Je vous remercie, M. le Président. Peut-être, juste avant d'enchaîner le dernier bloc, je voulais juste vérifier si le ministre souhaitait compléter sur la question des pondérations.

M. Barrette : Oui. Bien, j'avais presque complété, et non seulement je pense que je devrais compléter un petit peu plus, je vais vous donner des exemples précis, M. le Président, parce que je pense que ça va éclairer les gens qui nous écoutent.

Alors, je vous donne l'exemple suivant, M. le Président. Il y a des médecins de famille, actuellement, par exemple, qui font de l'enseignement et qui disent, hein... Mme la députée, je pense que vous avez dit tout à l'heure qu'il y a plein de médecins qui font des commentaires, puis je sais qu'il y en a qui vous en font même personnellement, je dirais... bien, personnels, pas à propos de vous, mais bien à propos de leur pratique, naturellement. Alors, il y a des médecins qui font de l'enseignement et qui disent : Bien là, ce projet de loi, je n'arriverai jamais à rencontrer les exigences que l'on me demande.

Alors, je vous donne un exemple, là, carrément chiffré, M. le Président, qui va illustrer la chose. Alors, prenons un médecin de famille qui enseigne, M. le Président, à des résidents de médecine familiale, et c'est très courant de voir des médecins qui s'engagent à l'année longue à engager... bien, à l'année longue... à engager, par exemple, 15 heures par semaine d'enseignement, 30 semaines par année. Bien, il y a une formule d'équivalence qui fait en sorte que, lorsque l'on fait ça, 15 heures par semaine pendant 30 semaines, 15 fois 35, ça fait 450 heures. Bien, l'équivalence, là, ici, qui est appliquée, c'est une heure d'enseignement, un patient, ce qui signifie que ce médecin-là, pour ses 405 heures d'enseignement annuelles... Et ce n'est pas aléatoire, M. le Président, ces heures-là, c'est des engagements annuels qu'on prend avec la Faculté de médecine. On le sait, là, au début de l'année, combien d'heures on va donner. Puis même que, bien des fois, il y a des médecins qui en font une carrière ou une période de 10 ans d'enseignement parce que ça les intéresse. On est capables de prévoir ça de façon précise. Mais certainement que, sur une base annuelle, on peut le faire.

Ce médecin-là, par exemple, là, bien, ça vient de lui équivaloir 450 patients. Ce n'est pas rien, ce n'est pas rien. Mettons qu'il en a 1 000, là, 1 500 à prendre, il ne va pas à l'hôpital, lui. Je disais tantôt : Le médecin qui ne va pas à l'hôpital, il va en avoir 1 500 à prendre. Alors là, là, ce n'est plus 1 500, c'est 1 500 moins 450. Admettons que ce médecin-là, en plus de l'enseignement formel... l'enseignement, là, c'est de l'enseignement. On ne voit pas de patient pendant ce temps-là, on donne un cours. Mais admettons que ce médecin-là, qui est très impliqué dans l'enseignement, bien, il supervise de l'enseignement clinique, et ça, superviser de l'enseignement clinique, ça veut dire que, là, il y a un résident, un étudiant en médecine qui est à deux ans de la pratique réelle, indépendante, autonome, là, il est en stage avec ce médecin-là dans son bureau, il est en stage avec lui et, régulièrement, là, il voit des patients, des patients du médecin en question. Le médecin, là, il voit son patient, mais aussi par l'intermédiaire de son résident, il y a une collaboration. Le résident voit le patient, le patient est vu pour conclure avec le médecin, il y a de l'enseignement qui se fait là. Alors, il y a un patient, là, qui est vu par le médecin de famille, mais il est vu aussi par le résident, ça prend du temps. Alors, si je le comptais pour un, ce citoyen-là, ce patient-là, je pénaliserais le médecin. On ne le compte pas pour un, on le compte pour deux. Alors, si, par exemple, ce médecin-là, puis je prends un chiffre très, très réaliste, dans son année, là, il en supervise 175, alors, ces 175 là vont compter pour 350.

• (15 h 10) •

Alors, tantôt, là, pour son enseignement, là, on en comptait pour 450, 450 patients équivalents. Il n'a pas vu un patient, mais on considère qu'il en a vu 450 parce qu'il a enseigné 450 heures. Il a vu 175 patients, mais, avec un résident, ça prend plus de temps. On lui en compte le double, 350. Alors, lui, là, le médecin, qui ne fait pas d'heures à l'hôpital, d'activités médicales particulières, à qui on en demande 1 500, bien là, ce n'est plus 1 500 qu'on lui demande de prendre, là, c'est 1 500 moins 450, moins 350. Donc, on lui demande d'en prendre 700, 700 patients qui peuvent avoir 20 ans, il n'aura pas besoin de les voir souvent, ils peuvent avoir 50 ans, il va les voir plus souvent, ils peuvent avoir 80 ans, il va les voir sept, huit fois par année, mais c'est 700 qu'on va lui demander. Pourquoi? Pour lui permettre de continuer à enseigner à l'université, enseigner dans son bureau à des résidents, mais aussi de prendre un nombre adéquat de patients en charge avec une pondération. Mais les 700, ce n'est pas vrai qu'il a besoin de les voir à toutes les années, là, parce que, là-dedans, si c'est bien réparti dans les groupes d'âge, bien il va être correct. Ces 700 là, bien il faut qu'il leur offre des services. Et l'offre, M. le Président, et on revient toujours à l'offre, 20 par jour pendant 200 jours, 4 000 visites à offrir à la population, moins, évidemment, quand on a moins de patients, mais selon la modalité que je viens de décrire. Il n'y en a pas, de problème. Il n'y a pas de problème si les boeufs sont avant la charrue. Les boeufs, c'est l'offre de service. Après, c'est l'organisation du service. L'organisation, c'est l'accès adapté avec une pondération.

Les pondérations, M. le Président, sont des paramètres à être utilisés pour construire une pratique qui satisfasse la population et le médecin. Le médecin, là, sa satisfaction, là, elle peut venir d'abord et avant tout de la satisfaction de sa clientèle, mais elle peut venir aussi de l'enseignement de profils plus particuliers, comme je viens de le démontrer, elle

peut venir aussi de la satisfaction du service rendu. Mais nous, là, comme gouvernement, on veut que les patients soient contents, que les médecins soient contents et qu'au total les services soient rendus, parce qu'actuellement ce n'est pas le cas, et on propose un chemin, un chemin qui mène à ça. Et c'est pour ça que les quotas, là, ce ne sont pas des quotas pour limiter, contrairement à ce que certains parlementaires disent, ce n'est pas fait pour ça, c'est fait pour construire une pratique qui est en miroir, en synchronisme, adaptée aux besoins de la population, pour éviter que des patients soient laissés pour compte, pour éviter que tel patient soit laissé de côté en concentrant une pratique à un tel endroit... à un tel type de pratique.

Je disais, dans le premier bloc, M. le Président, que l'explication que j'allais donner sur l'assiduité allait aussi justifier l'exception, parce que c'est vrai qu'on ne peut pas avoir des règles mur à mur. C'est comme le ménage, c'est difficile d'aller passer la balayeuse dans les coins puis en dessous du divan, hein? Il faut acheter une balayeuse qui fait ça. Ça prend une exception dans le geste. C'est facile de passer la balayeuse sur une grande surface, mais c'est un geste différent quand on doit se pencher puis de passer en dessous du divan, puis tasser un meuble pour aller en dessous de la TV, et ainsi de suite. Bien, en médecine, là, c'est la même chose. Dans le projet de loi n° 20, il doit y avoir des exceptions. Des exceptions, pourquoi? Parce qu'elles sont nécessaires, parce que, oui, il faut mettre en place des paramètres qui permettent aux médecins de se construire une pratique qui est en adéquation avec les besoins de la population, donc de la polyvalence, mais tout aussi, oui, il faut reconnaître la nécessité des pratiques particulières. Et là je m'y adresse, je m'y adresse de la façon suivante et très claire, très, très claire.

L'ensemble de l'oeuvre, là, je pourrais l'aborder simplement par : Vous allez me donner, tout le monde, 4 000 visites par année. Facile, mais ça ne règle pas le problème de la polyvalence, et ainsi de suite, que je viens d'expliquer. Mais le 4 000, là, ou le 3 600, là, dépendamment de quelle école on est, il est toujours là, en arrière, c'est la capacité, c'est l'offre de services à côté de laquelle on ne peut pas passer, mais à côté de laquelle tout le monde essaie de passer, M. le Président, parce que c'est celle qui fait le plus mal, c'est celle qui fait le plus mal, aller chercher la capacité. Mais même les médias ne la rapportent pas, parce qu'elle fait mal. C'est plus le fun de regarder les pondérations, parce qu'elles sont contestables, mais pas tant que ça. Mais le 4 000, lui, ne l'est pas, et le 4 000, c'est l'angle qu'on va utiliser pour les exceptions. Les exceptions, c'est quoi? Quand le Parti québécois, en 2013, a engagé sa démarche pour abolir... Les documents sont clairs, ils sont publics. Les lettres ont été envoyées au P.D.G. des trois agences de la région de Montréal : Vous allez faire en sorte qu'il n'y aura plus d'activité dirigée d'avortement dans les cliniques. Il y a un tableau qui a été publié, M. le Président, envoyé aux agences. Le nombre d'avortements, dans les cliniques, au 31 mars 2014, il y a un an, devait être de zéro dans la grande région de Montréal. C'est écrit, signé par Réjean Hébert. Une bataille de générations des femmes qui voulaient avoir un endroit discret, de qualité, pour avoir accès à ces services-là... Le Parti québécois avait commencé la démarche d'abolir ça. Pour utiliser une image, le Parti québécois avait commencé une démarche qui allait interdire... pas interdire, arrêter le financement public des avortements à la clinique Morgentaler, M. le Président. C'est quand même quelque chose, là.

Bon, le 4 000 visites, M. le Président, c'est une clinique d'exception. Alors, nous, on dit à une clinique, là, des médecins qui décident d'avoir une pratique d'IVG, de planning familial... ça, c'est du planning familial, tout le monde... en tout cas, toutes les femmes savent à quoi je fais référence... bien, ces gens-là, M. le Président, là, ils sont importants dans la société. Ces gens-là, avec nos équivalences, il n'y a aucun problème, et ils vont être capables de donner 4 000 visites, par exemple. Pourquoi? Parce qu'ils font déjà plus que ça. Ils font déjà plus que ça. Et, ces gens-là, on va leur dire : Oui, quand vous avez des pratiques nécessaires qui ne rentrent pas dans le moule des pondérations, mais pour lesquelles il doit y avoir des services — et la quantité de services moyenne que l'on demande, en fait, minimale, c'est le nombre de visites auxquelles je fais référence — bien, on va vous permettre d'avoir ces pratiques-là. Alors, aux médecins qui sont dans les cliniques d'avortement, là, bien, vous allez continuer. Il n'y a pas de problème, parce que les fameux quotas qu'on met sur la table, bien, il n'y en a pas un au Québec qui va les atteindre. Donc, personne ne va être atteint.

Si je prends deux autres exemples, M. le Président, l'exemple de la Clinique L'Actuel, l'exemple de la clinique du Quartier latin, on a vérifié leurs statistiques, M. le Président, ils font plus, beaucoup plus que ce que l'on demande. Ces gens-là devront et auront l'autorisation d'avoir un profil particulier. On leur demandera, pour être équitable envers tout le monde, un minimum de visites, oui, mais ils le font déjà, ils ne seront pas impactés.

Alors, la problématique demeure toujours, au point de départ, celle de la capacité à offrir. Elle n'est pas là, la capacité, parce qu'il se donne 27 millions de visites par année, puis on en a besoin probablement de 32, 33, 34, 35, puis on est capable de m'en donner 45, peut-être plus, certainement plus si on inclut l'interdisciplinarité et qu'on inclut les infirmières. Parce que, dans l'assiduité, là, on peut y aller, à l'assiduité, par point de services avec l'interdisciplinarité. La population, M. le Président, va être servie avec le projet de loi n° 20 lorsqu'il va être adopté. Et l'opposition au projet de loi n° 20, c'est une opposition à l'accès, c'est ça que c'est. Et le projet de loi n° 20, c'est ça qu'il fait, M. le Président, mais on ne peut pas arriver à l'accès par, malheureusement, la bonne volonté; les 15 dernières années ont montré que ça n'arrivait pas.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, M. le ministre. Pour une période de 4 min 20 s, Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Je vous remercie. Je vous remercie de la réponse, parce qu'effectivement j'ai été interpellée à plusieurs reprises, notamment par des médecins qui pratiquent dans des UMF puis qui avaient des inquiétudes exactement par rapport à ça, sur le fait qu'ils enseignent, qu'ils prennent en charge des médecins résidents, des étudiants également, et sur leurs difficultés à répondre aux cibles générales qui avaient été communiquées.

J'en profiterai, puis, si on n'a pas le temps d'avoir une réponse nécessaire, on pourra continuer lors du prochain bloc, mais vous avez abordé la question, bon, des 32 millions de visites, mais qu'on serait capables, peut-être, d'en avoir

45 millions. Je fais référence, en fait, à la question de la main-d'oeuvre médicale qui est disponible. Donc, au cours des 15 dernières années, il a été question presque uniquement, là, de pénurie de médecins dans les médias, dans les discours des différentes fédérations médicales, du ministère également, et, jusqu'à tout dernièrement, là, jusqu'à l'année dernière en fait, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Dr Louis Godin, faisait encore effet de la pénurie de 1 100 médecins de famille au Québec.

Suite au dépôt du projet de loi n° 20, ce qu'on entend, il y a vraiment un changement du discours de cette fédération-là, qui fait de moins en moins référence à la pénurie et de plus en plus référence à la capacité de ses membres, en fait, d'augmenter le volume pour rendre les services nécessaires. Puis je pense qu'aux fins de la compréhension, en fait, des gens qui nous écoutent et qui souhaitent saisir un peu comment ce projet de loi n° 20 va s'appliquer, la différence que ça va faire dans leur réalité, je pense que ça vaudrait la peine de faire la mise au point justement sur cette question-là. Est-ce qu'il y a assez, suffisamment de médecins de famille pour prendre en charge l'ensemble de la population qui souhaite obtenir un médecin de famille? Est-ce qu'on est encore en situation de pénurie? Et j'imagine que vous y viendrez aussi avec les questions, bon, d'assiduité et de productivité qui ont été abordées, mais qui ont un lien avec cette dichotomie pénurie et quantité de services offerts.

Le Président (M. Schneeberger) : M. le ministre, 2 min 20 s.

• (15 h 20) •

M. Barrette : Merci, M. le Président. C'est une question qui est effectivement très pertinente dans le débat. Je terminerai quand même mon dernier commentaire en lisant une partie de la lettre qui a été envoyée par Lise Verreault, qui était sous-ministre en titre à l'époque, à la demande du ministre de la Santé, Réjean Hébert, juste, quand même, pour que les gens comprennent que c'était en marche, cette affaire-là, là. Voici la lettre qui a été envoyée à toutes les agences de la région de Montréal, qui commençait ainsi : «La présente concerne la dispensation des services d'interruption volontaire de grossesse offerts à Montréal et dans les régions périphériques — de Montréal — en suivi de la conférence téléphonique qui a eu lieu sur ce sujet le 9 septembre 2013 — dernier, hein?

«À Montréal, depuis la signature d'ententes avec les cliniques privées et le Centre de santé des femmes de Montréal, la proportion d'IVG effectuée dans ces cliniques a progressivement augmenté parallèlement à une diminution des IVG en établissement public — et là on continue : cette situation doit être corrigée.» Et on continue en expliquant que le financement sera retiré pour les cliniques et que tout doit revenir dans les institutions. Les femmes se sont battues pour ne pas aller à l'hôpital, pour la discrétion, et le gouvernement, le 12 septembre 2013, envoyait à toutes les agences de Montréal une lettre les enjoignant de tout ramener à l'hôpital, contrairement à une bataille d'une, au moins, décennie, sinon 20 ans des femmes du Québec. Honteux!

Ceci dit, M. le Président, pour ce qui est de la question que vient de me poser la députée de Crémazie, c'est une question qui est très importante, M. le Président, je vais certainement pouvoir continuer au prochain bloc : Y a-t-il assez de médecins au Québec? Et, comme la députée de Crémazie l'a bien fait valoir, rappelons-nous, et on pourrait sortir des publicités, là, il fut un temps où, dans les journaux, s'écrivait qu'il manquait 1 200, 1 500, il a même été écrit 2 000 médecins pas plus tard qu'il y a deux ans. Et là, aujourd'hui, on se retrouve dans une situation où le discours est à l'effet contraire. Et le discours de la communauté médicale est de plus en plus à l'effet que nous avons suffisamment de médecins, mais j'y reviendrai au prochain bloc.

Le Président (M. Schneeberger) : M. le ministre, nous retournons maintenant du côté de l'opposition officielle pour une période de 18 minutes, et j'entends la députée de Taillon. À vous.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, juste terminer le bloc précédent, parce que c'est le ministre qui avait eu le dernier droit de parole. Donc, simplement citer un communiqué d'un P.D.G. de CISSS, actuellement, qui dit que, d'abord, les sommes qui sont versées, au niveau de son budget, elles sont déjà attribuées à la croissance naturelle du coût des salaires, des avantages sociaux, des médicaments, ce qu'on appelle les coûts de système. Par exemple, même si on donne zéro d'augmentation, juste le changement d'échelon des employés engendre des coûts par eux-mêmes.

Alors donc, déjà, ces coûts-là, qu'on appelle les coûts de système, ils vont être plus élevés que l'argent qui va être donné. Donc, la croissance budgétaire ne sera pas suffisante pour absorber l'augmentation des dépenses. Mais en plus on ajoute que, malgré l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes en 2015, on ne pourra pas parler de développement de services pour l'instant. Donc, si on dit : On va ouvrir plus de blocs opératoires, on va faire plus d'opérations pour le cancer du sein, bien, on le voit, là, les coupures, parce que le ministre refuse de dire que les coupures vont avoir un impact, il y a des coupures réelles, et, oui, si on n'est pas très vigilants, et c'est sûr, il va y avoir des coupures de services. Il y en a déjà. On en a énuméré toute une série tout au long de l'année.

Alors, l'autre information précise que je veux donner, le ministre a un peu discrédité la Coalition Priorité Cancer en disant que c'était un organisme de lobbyisme, je veux juste dire que les statistiques qu'ils ont mises en exergue sont celles de santé et services sociaux. Ce sont des statistiques que le ministre Hébert a demandées en 2013 parce qu'on n'avait aucune statistique en termes de délais de chirurgie pour le cancer, et c'est sous le Parti québécois que ces statistiques-là sont devenues disponibles, et c'est une des premières années où on peut y avoir accès au Québec, parce que les gens déplorent énormément qu'on n'ait pas accès aux mêmes statistiques qu'ailleurs dans le Canada.

Alors, ma conclusion, c'est que, depuis un an, le délai, l'attente d'une personne atteinte d'un cancer, qui a besoin d'une chirurgie, a augmenté, et on compte sur le ministre pour améliorer la situation, et on ne voit pas, dans le budget actuel, comment ça va pouvoir se faire.

Le deuxième volet que je voulais aborder dans ce bloc-ci, ça concerne, dans le fond, dans l'étude des crédits 2015-2016, la réponse aux questions particulières de l'opposition officielle, le volume 2, la page 40, qui porte sur les unités

de débordement, les lits de débordement. Alors, les lits de débordement, il y a, vous savez, du temps à l'urgence, et, pour améliorer ce temps à l'urgence, on a déterminé qu'on créerait des unités de débordement où, après 48 heures ou si on pense que le patient doit rester 72 heures à l'urgence, on va le transférer dans ces unités de débordement là. Alors, ça devrait être exceptionnel. Or, dans le cahier de réponses aux questions, on constate que plusieurs endroits... par exemple, l'Hôpital Pierre-Le Gardeur a eu en moyenne 68 patients qui ont occupé ces unités de débordement là, avec un maximum qui est allé jusqu'à 106 patients. Donc, les urgences sont pleines, et on a 106 patients qui sont sur des unités de débordement quelque part, ailleurs, dans l'hôpital, parce qu'on a trop de demandes au niveau de l'urgence. Et ça, je pourrais vous donner toute une série, là... à la page 40, il y a une dizaine d'établissements, et je constate beaucoup dans la couronne nord et dans la couronne sud... donc, la Cité-de-la-santé, Lanaudière, Granby, l'Hôpital Charles-Le Moyne, l'Hôtel-Dieu de Sorel, le Centre hospitalier Anna-Laberge ont tous des profils de statistiques d'utilisation, de recours à ces unités de débordement là, qui sont énormes, avec des pics de 60 patients, 70, 80, 90 et 106 patients, donc qui ont été, à un moment ou à un autre, dans ces unités de débordement là.

Alors, 510 lits de débordement, en moyenne, au Québec, à chaque jour, sont nécessaires. Donc, on le voit, la solution du ministre ne règle pas le problème. Et ce sont qui, ces gens-là qui sont dans les lits de débordement? Eh bien, là, on les retrouve à la page 14 de ce même document là où on nous dit clairement que, dans le fond, ce sont beaucoup des personnes âgées de 75 ans et plus. Pour vous donner une idée, juste entre 2011 et 2015, c'est 47 000 personnes âgées de plus qui sont là, et elles occupaient 27 % des lits.

Donc, on voit que ces unités de débordement là sont beaucoup occupées par ces personnes âgées. Elles ne sont pas responsables de ça. Les personnes âgées demandent à être ailleurs qu'à l'urgence d'un hôpital ou dans des unités de débordement où elles sont encore très souvent juste sur des civières et même pas dans des lits.

Mais le ministre n'a pas jugé bon de faire des choix qui privilégient les soins à domicile. Donc, on oblige les gens à se réfugier constamment à l'urgence de l'hôpital pour avoir accès à des soins, pour des maladies chroniques dont on sait qu'elles sont prévisibles. Quelqu'un qui a une maladie respiratoire, on sait qu'en hiver il va y avoir deux, trois fois où il va avoir un rhume, il va avoir une grippe, il va devoir aller à l'urgence, mais il n'y a pas d'autre endroit que là pour se rendre, alors que, s'il y avait des services à domicile, s'il y avait un inhalothérapeute qui se rendait à domicile, on aurait beaucoup moins besoin d'utiliser les services d'urgence. Le ministre n'a rien prévu cette année pour le soutien à domicile, alors qu'il avait, dans la campagne électorale, promis 150 millions pour cinq ans. Ça fait 750 millions; on n'avait rien cette année dans le budget.

Alors, ma question, elle est simple. Est-ce que les chiffres que le ministre comptabilise quand il dit que le temps d'attente à l'urgence a diminué de six minutes entre l'année passée et cette année, est-ce que ça tient compte des patients qui sont dans les unités de débordement et qui sont nombreux?

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

• (15 h 30) •

M. Barrette : M. le Président, je vais juste faire une vérification pour ce qui est... sur le temps d'attente, si ça inclut les unités de débordement. Probablement que oui, mais je vais avoir la vérification. M. le Président, je vais quand même faire quelques commentaires qui sont importants, là. C'est essentiel de faire ces commentaires-là.

Alors, la députée de Taillon, dans son préambule... le préambule est important, parce qu'il y a des notions qui sont émises, qui sont exprimées, qui sont en déconnexion totale avec la réalité. À partir du moment où on contrôle la croissance et que la croissance couvre certaines dépenses, c'est vrai, ça ne veut pas dire que ce sont des coupures de services, ça ne veut pas dire ça. Ça veut dire que, oui, il doit y avoir certaines formes d'optimisation. Quand j'ai fait, d'ailleurs avec mon sous-ministre en titre actuel, la tournée des blocs opératoires, quand on considérait ou on concluait, dans un hôpital, qu'il y avait 18 %, 15 %, 20 % de capacité non exploitée, ce n'est certainement pas un coût équivalent supplémentaire, c'est le même personnel qui peut produire plus, c'est ça qu'on constatait. Quand on optimise, on prend les ressources qui sont en place et on regarde ce que l'on peut faire de plus. Ce n'est pas une relation directement proportionnelle en termes de coûts, tout le monde sait ça.

Évidemment, M. le Président, il peut y avoir un coût supplémentaire à la marge, mais ce n'est certainement pas un coût directement proportionnel, et je pense qu'il faut remettre les pendules à l'heure sur le plan budgétaire. Alors, de dire qu'on fait telle coupure, il y a une coupure en service, ce n'est pas vrai. Ça exige de l'optimisation, oui, et il y a un certain nombre, évidemment, d'autres économies que l'on doit faire, qui, elles, vont compenser pour les coûts supplémentaires qui vont venir. Et je rappelle qu'en santé il y a une croissance de coûts qui... pas de coûts, mais de dépenses qui est prévue. Ce n'est pas de l'austérité telle que le Parti québécois a exercée en 1995-1998, période dans laquelle le budget de la santé et des services sociaux a diminué de 3,3 %, alors que, pour nous, en 2016-2017, l'augmentation globale sera, sur trois ans, quand on cumule les trois dernières années, de plus 7,6 %.

Alors, nos années auront été des années de croissance et de contrôle budgétaire, comparativement à des années de restriction budgétaire. Et on le sait, à l'époque, il y avait eu des coupures de services. C'est sûr qu'il y avait eu des coupures de services, on avait baissé les budgets, alors que nous ne faisons pas ça, quoi qu'en dise la députée de Taillon.

Maintenant, pour ce qui est des lits de débordement, M. le Président, les lits de débordement, ce n'est pas une cachette. Ce n'est pas ça. Les lits de débordement, M. le Président, ont été mis en place également par le Parti québécois. Tous les gouvernements sont passés par là parce qu'il arrive un moment où il faut prendre les décisions de ne pas laisser des patients dans un couloir pendant deux jours, mais bien de les mettre dans un environnement plus adéquat.

Alors, il y a deux possibilités pour soulager la clientèle : on peut l'envoyer aux États-Unis, comme le Parti québécois a déjà fait, ou bien on peut le faire localement, dans leur milieu. Les unités de débordement, M. le Président, c'est fait pour la clientèle, et des unités de débordement, il y en a effectivement à bien des endroits, même presque partout, parce qu'elles sont nécessaires. Mais ce n'est pas quelque chose de négatif en soi.

Maintenant, pour éviter l'utilisation trop grande des urgences, on connaît tous et toutes la solution, ça passe par le projet de loi n° 20. La députée de Taillon, M. le Président, faisait... invoquait, sous... nous disait que le ministre n'a pas le choix d'avoir des soins à domicile. C'est quoi, ça? Le ministre précédent, lui, son parti, à la députée de Taillon, avait choisi d'investir à terme 4,5 milliards de dollars qu'il n'avait pas. On ne fait pas ça, nous. On a choisi de ne pas engager des sommes qu'on n'a pas et on a choisi l'équilibre budgétaire.

C'est sûr, M. le Président, que ce n'est pas la même philosophie gouvernementale. C'est sûr. On peut regarder la caméra et dire aux citoyens qui nous écoutent : Voici ce qu'on va faire pour vous qu'on ne fera pas parce qu'on n'a pas l'argent, mais on ne vous dira pas qu'on n'a pas l'argent. On va juste vous dire qu'on va le faire, hein, comme ça vous allez nous élire, puis comme ça on va avoir une job. Mais on ne fait pas ça, nous autres. On dit à la population : Voici l'argent qu'on a. On vous dit qu'on ne peut pas en ponctionner plus dans vos poches et, avec l'argent qu'on a, voici ce qu'on est capables de vous donner. Puis on va vous donner plus et on va mieux l'organiser pour que vous en ayez le maximum pour votre argent. Ce n'est pas la même philosophie qu'au Parti québécois, où là on dit : Bien, voici, on va faire ça, mais on n'a pas d'argent pour, mais on vous dit qu'on va le faire puis, dans le fond, on ne le fera jamais. Ce n'est pas la même philosophie. Alors, les lits de débordement, M. le Président, c'est ça.

Maintenant, là, moi, je m'interroge, puisqu'on est ici dans un mode d'échange avec le gouvernement et les oppositions... bien là, je vais citer ce qui est dans les journaux aujourd'hui. À propos des enjeux en santé et sociaux, le quasi élu, le désigné, Pierre Karl Péladeau dit qu'en santé... il veut faire «un vaste examen du système de santé qu'il juge trop "hospitalo-centrique". Repenser la liste des médicaments qui sont couverts par les assurances publiques ainsi que le panier de services couverts par l'assurance maladie.» Ah! ça, c'est le futur chef, et le futur chef a dit, le 3 avril dernier, que Mme la députée de Taillon avait contribué aux positions qu'il, lui, là, le futur chef... exprimé au sujet de la santé lors du dernier débat des candidats, qui portait sur le thème.

Alors là, M. le Président, là, dans l'échange que nous avons, je suis quelque peu interpellé et estomaqué. J'aimerais, là, dans un contexte d'échange, là, qu'on a, là, que la députée de Taillon, parce que c'est un échange sur les crédits, nous dise exactement ce que, elle, qui appuie son chef, parce qu'elle a participé à la position du chef, le chef l'a dit... qu'est-ce qu'elle veut dire par repenser la liste de médicaments qui sont couverts par les assurances publiques — il y en a juste une à ma connaissance — et qu'est-ce qu'elle veut dire par le panier de services, qu'on doit revoir, couverts par l'assurance maladie. Là, là, je m'interroge. Alors que moi, avec le projet de loi n° 20, je veux augmenter la capacité des médecins à l'intérieur de notre système, et je vous ferai remarquer, M. le Président, que j'ai prévu une pondération pour favoriser les soins à domicile donnés par les médecins, mais là je vois que la députée de Taillon appuie son chef, qui, lui, veut revoir, repasser la liste des médicaments et repenser ce qui est couvert dans le panier de services de l'assurance maladie.

Là, là, je comprends qu'on doit avoir des échanges, mais, tant qu'à faire, échangeons donc.

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

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, ce que je veux entendre, c'est où sont les 4 % qui ont été promis en campagne électorale par le gouvernement libéral pour la santé. Il y avait un engagement clair du premier ministre en campagne électorale, donc...

Et ma dernière question, mais je tiens à avoir une réponse, j'aimerais beaucoup, M. le Président, qu'on ait une réponse avant la fin de cet échange-là : Est-ce que les statistiques des unités de débordement sont comptabilisées dans les délais moyens de séjour à l'urgence? Puisqu'actuellement on a 16,6 heures de délai à l'urgence, est-ce que les statistiques des unités de débordement sont comptabilisées dans les délais moyens de séjour à l'urgence? Si ce n'est pas le cas, on peut comprendre que les vrais délais à l'urgence sont de deux et trois jours.

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

M. Barrette : Voilà encore, M. le Président, la quintessence de la désinformation du public. Quand on est au débordement, on est considéré comme hospitalisé, et ça rentre dans les durées moyennes de séjour, ce n'est pas dans l'urgence. L'urgence, c'est ce qui se passe là et ce qui se termine là. Alors, voilà c'est quoi, de la désinformation, M. le Président.

Maintenant, M. le Président, le 4 %, je vais répondre à la question de la députée de Taillon. Si le député de Rousseau, au nom du Parti québécois, avait donné, dans son année budgétaire, les vrais chiffres, vérifiés, peut-être qu'on n'aurait pas fait la même annonce électorale, hein? On était sensés revenir à l'équilibre budgétaire, le Parti québécois prévoyait le retour à l'équilibre budgétaire. Le Parti québécois a-t-il annoncé le vrai déficit anticipé lorsqu'il parcourait la province pour faire des annonces de milliards de dollars? Non. Lorsqu'il annonçait des milliards de dollars en assurance autonomie? Non. Est-ce que la députée de Taillon est justifiée de nous reprocher que le 4 % ne soit pas là cette année, alors que les chiffres qui étaient véhiculés, rendus publics par le gouvernement qu'elle représente aujourd'hui, étaient faux? C'est un reproche, je pense, que les gens qui écoutent cette conversation comprennent.

Mais, M. le Président, on est dans un mode d'échange. Échangeons. C'est bidirectionnel, un échange. Est-ce que la députée de Taillon peut nous dire quelle est la partie des médicaments qu'elle veut voir retirée de l'assurance médicaments et quels sont les services qu'elle veut voir retirés du panier de services puisqu'elle appuie et a participé à la position de son chef, Pierre Karl Péladeau, rapportée aujourd'hui formellement dans *La Presse* à la page A10?

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

Mme Lamarre : ...de règlement, il m'a appelée par mon nom. Il a affirmé que c'était faux, ce que j'avais dit. Et là j'ai posé une question courte, j'aimerais profiter de la dernière minute qu'il reste, s'il vous plaît.

M. Barrette : Je ne l'ai pas appelée par son nom, M. le Président.

Le Président (M. Schneeberger) : Comment?

M. Barrette : Je ne l'ai pas appelée par son nom, je ne sais pas à quoi elle...

Mme Lamarre : ...Pierre Karl Péladeau.

Une voix : C'est le député de Saint-Jérôme.

M. Barrette : Bien là, Pierre Karl Péladeau, j'ai cité...

Mme Lamarre : C'est le député de Saint-Jérôme.

Une voix : C'est le député de Saint-Jérôme.

M. Barrette : J'ai cité un article, là.

Le Président (M. Schneeberger) : Je vais donner la parole à Mme la députée de Taillon pour avoir une réponse par la suite.

• (15 h 40) •

Mme Lamarre : Alors, merci beaucoup, M. le Président. Écoutez, la page 3 du Plan économique du Québec, réalisé par le gouvernement libéral, dit que le déficit, il était à 2,8 milliards en 2013-2014 et que, sous le règne libéral, il était à 2 350 000 000 \$. Alors, on va rester sur des chiffres que vous imprimez, ce sont ceux-là. On ne devrait plus entendre parler du 7 milliards, c'est juste une illusion qui circule autour de vos propres manipulations de chiffres. Les chiffres, ils sont là, vous les avez écrits vous-même.

Alors, la conclusion, c'est que les délais moyens de séjour, en moyenne 16,6 heures cette année, n'incluent pas les lits en unité de débordement. Et donc on attend encore plus quand on se rend à l'urgence depuis un an et on n'a pas de solution populationnelle. Toute la solution que le ministre évoque est toujours orientée en fonction des médecins et non pas de la prise en charge de l'ensemble de la population. Aucun des chiffres qu'il nous montre ne témoigne que toute la population va être prise en charge. Et ça, c'est le choix que le ministre a fait, de calculer toujours en fonction des médecins, de la description de tâche des médecins et non pas des besoins de la population.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, Mme la députée de Taillon. Nous retournons maintenant du côté du gouvernement, et j'entends le député de Maskinongé.

M. Plante : Mais c'est juste un petit rappel, question de procédure, M. le Président. Juste rappeler, pour le bien des gens et le bien de nos collègues, que les recherchistes et le personnel des députés sont à table par consentement et ne peuvent parler directement aux élus. Et on a clairement entendu la recherchiste du Parti québécois interpeller le ministre en lui disant : Vous avez nommé le député de Saint-Jérôme par son nom.

Donc, c'est important, M. le Président, sans plus, juste pour le bon fonctionnement des choses. Merci.

Le Président (M. Schneeberger) : Nous allons poursuivre. Alors, députée de Crémazie.

Mme Lamarre : M. le Président, je pense ici que nous sommes en étude des crédits et je n'entends pas beaucoup de questions du côté... qui concernent... J'ai plus l'impression d'assister à une autopromotion ou un publiereportage du projet de loi n° 20.

Le Président (M. Schneeberger) : Mme la députée de Taillon, la parole est au côté ministériel. Alors, j'entends maintenant la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Je vous remercie beaucoup. Ça va nous permettre de continuer de discuter et de faire des questions qui permettent de mieux comprendre les projets de loi, ce qui est extrêmement important comme parlementaires, ici, à l'Assemblée nationale. Donc, je donnerai l'occasion au ministre de compléter sa question précédente... la réponse précédente, en fait, sur la question de la productivité versus la pénurie au Québec pour faire l'état de la situation, pour permettre à nos citoyens qui nous écoutent de bien comprendre l'état de la situation.

M. Barrette : Alors, c'est effectivement quelque chose qui est très important parce que, comme l'a justement, justement, évoqué la députée de Crémazie, M. le Président, on est aux crédits. Et les crédits, c'est l'application des projets de loi, hein? C'est l'endroit où on débat de comment est dépensé l'argent, et l'argent se dépense par des opérations qui, elles, sont conditionnées par des projets de loi. Et ça s'adonne qu'en santé, évidemment, il y a une loi qui est en application, qui a des effets majeurs et sur les services à la population, positifs, et sur le budget et le projet de loi n° 20, qui n'est pas encore adopté malheureusement, qui, lui aussi, aura des effets majeurs pour la population et donc sur la façon dont l'argent des impôts et des taxes des citoyens est dépensé.

C'est certainement pertinent, M. le Président, et je suis très troublé de voir le reproche qu'a fait la députée de Taillon à la députée de Crémazie sur les questions qui sont posées, parce que c'est pour ça qu'on est ici, là. On n'est pas ici simplement pour aller devant la caméra et faire des insinuations budgétaires. On est ici aussi pour expliquer, de ma part aux parlementaires, mais aussi à la population qui nous écoute, où on va.

Mme Lamarre : ...imputer des motifs, l'insinuation, s'il vous plaît.

Le Président (M. Schneeberger) : Je vous prierais... Ça fait bientôt maintenant près de deux heures que nous en sommes à l'étude des crédits. J'aimerais que, pour la suite, cette... Le ton était quand même serein. Alors, j'espère qu'on pourrait poursuivre sur le même ton. À part les quelques dernières minutes... je pense que, pour le bien de tous les auditeurs, ça serait beaucoup plus plaisant à écouter. Merci.

M. Barrette : M. le Président, je suis d'accord avec vous puis je peux vous assurer de mon entière sérénité. Et je continue. Alors, c'est donc effectivement très pertinent de s'adresser à cette question-là parce qu'on parle de la façon de dépenser les dollars des citoyens, que les citoyens mettent entre nos mains. Et on essaie ici, aujourd'hui aussi, de sortir du cynisme ambiant et d'arriver puis de dire : Regardez, là, c'est ça qu'on veut faire puis on veut le faire pour ça et voici la manière dont on va le faire.

Et il y a quelques instants, il y a quelques minutes, on abordait la question de l'accès aux services médicaux sous l'angle de la possibilité de le faire. Et j'évoquais le fait que, jusqu'à il y a deux ans, il manquait, il manquait, il manquait de médecins. Or, aujourd'hui, le discours a changé, a changé même en commission parlementaire. Lorsque les médecins sont venus, ils sont venus nous dire, les deux groupes en passant, les deux groupes nous ont dit : Oui, on est capables de livrer la marchandise; pour les spécialistes, donnez-nous les moyens, parce qu'eux autres invoquent le fait qu'ils ont besoin d'outils. Et, à bien des égards, ils ont raison, puis c'est pour ça qu'on veut optimiser puis c'est pour ça que la loi n° 10 est là. C'est pour ça que le projet de loi n° 20, à certains égards, est là pour les médecins spécialistes.

Et, pour la médecine de famille, bien, les médecins de famille sont venus nous dire, là, que, oui, ils peuvent. Oui, ils peuvent. Ils n'aiment pas le projet de loi, mais, oui, ils peuvent. Et ça, c'est quelque chose qui est très important parce que c'est une réalité, là, c'est une réalité qu'on doit prendre en considération. Depuis cinq ans, M. le Président, on a, année sur année, toujours un nombre record de médecins. On n'a jamais eu, année sur année... À chaque année, c'est un nombre de plus, toujours plus grand. On n'a jamais eu autant de médecins, et le nombre de médecins augmente de façon substantielle, bien au-delà de la population et bien au-delà du vieillissement de la population. C'est donc qu'on peut s'organiser pour donner des services et c'est ce qu'on vise.

Et l'élément qui parle le plus, c'est le nombre de visites. Je l'ai bien dit tantôt, je pense que les gens ont compris, aller voir le médecin dans un cabinet, aller le voir à l'urgence ou être vu par le médecin à l'hôpital, c'est ça, une visite. C'est le moment où le médecin s'occupe de nous dans une journée. Bien, quand on regarde ces statistiques-là, M. le Président, bien, ces moments-là, là, il peut y en avoir 45 millions au Québec, à un rythme de 20 par jour pendant 200 jours, puis, grosso modo, c'est 27 millions et un peu moins en réalité qu'on voit. Ce n'est pas une critique, c'est un constat. Puis je ne suis pas dans la critique, M. le Président, je suis juste dans l'obligation, dans ma position, de faire quelque chose pour que la population ait des services. C'est tout. C'est ça, ma position, qui est très sereine, que j'assume et qui fait en sorte que je dépose des projets de loi en collaboration avec mes collègues parlementaires, parce qu'on est très, très, très solidaires là-dessus, et c'est pour ça qu'on veut aller de l'avant et faire en sorte qu'au bout de la ligne les patients aient des services.

Maintenant, le projet de loi n° 20, on y reviendra peut-être ultérieurement, ça a des impacts aussi dans la médecine spécialisée, et ça, on va s'y adresser en temps et lieu, j'imagine.

Le Président (M. Schneeberger) : Alors, maintenant, la parole est au député de Sainte-Rose. M. le député.

M. Habel : Merci beaucoup, M. le Président. Permettez-moi de vous saluer et de saluer l'opposition officielle, et la deuxième opposition, ainsi que les gens de la banquette ministérielle, le ministre et les gens qui l'accompagnent. J'ai participé aux crédits pour le volet Protection de la jeunesse, mais c'est la première fois que je suis dans le volet Santé avec le ministre, donc je me permets cette salutation de départ.

On a parlé de la refonte du projet de loi n° 10, qui visait à diminuer la bureaucratie, ce qui a donné un bon résultat au niveau de la gouvernance, M. le Président, pour dégager des marges de manoeuvre et aussi améliorer l'efficacité dans le réseau. Tout ça, M. le Président, c'est dans le but d'investir dans les patients et non la bureaucratie. On a vu la réduction du niveau hiérarchique, là, de trois à deux, la réduction du nombre de C.A. de 184 à 34, ce qui fait qu'il y a une diminution du niveau du personnel et une diminution du nombre de rapports annuels et d'états financiers, mais toutes ces économies peuvent être investies dans le patient.

Et je tiens à dire qu'on a quand même maintenu le comité des usagers dans les nouveaux CISSS, comités des usagers qui trouvait que le projet de loi n° 20 était raisonnable, un projet de loi n° 20 axé sur l'accès, qui vise un taux d'assiduité de 80 %, avec des médecins qui vont voir plus de patients, qui vont être pondérés aussi pour chaque patient. Je vous donne un exemple, les patients en fin de vie, qui sont en perte d'autonomie, compteront pour 25. En moyenne, c'est 200 par jour pendant 200 jours... c'est 20 par jour, pardon, M. le Président, pendant 200 jours, et c'est adapté aussi au profil du médecin, qu'il soit enseignant ou dans une perspective... qu'il soit dans une spécialité qui est très précise.

Mais j'aimerais aborder le volet des médecins spécialistes parce qu'on en a peu parlé dans le projet de loi n° 20. Je pense, c'est important de mentionner que, depuis plusieurs années, les médecins de famille réclament un accès aux consultations spécialisées selon la condition clinique de leurs patients parce que ce manque d'accessibilité les oblige

à référer certains patients vers l'urgence. Donc, pour améliorer la situation, le projet de loi n° 20 vise que le médecin spécialiste qui pratique tant en cabinet privé qu'en établissement se rende disponible pour des patients qui lui seront dirigés par le mécanisme d'APSS, c'est-à-dire l'accès priorisé aux services spécialisés, mis en place par le ministre.

Et Mme Arbour a mentionné... qui est la directrice des services professionnels et des mécanismes d'accès au CHUM, mentionnait, sur le projet de loi n° 20, au niveau du volet spécialistes, que, pour la pratique, et je la cite : Pour la pratique puis la clientèle d'un CHU, à mon avis, la prise en charge d'un patient par le médecin de famille va beaucoup aider parce qu'on va se concentrer sur notre mission spécialisée. «Donc, pour nous, ça va augmenter notre disponibilité s'il y a une meilleure prise en charge dans la communauté par le médecin de famille. Ça fait qu'on va avoir une augmentation de notre disponibilité, parce qu'on va être moins pris, entre guillemets, à des activités qui pourraient être transférées à quelqu'un d'autre puis on va se concentrer sur notre mission spécialisée.»

Donc, en résumé, M. le Président, elle cite : «À notre avis, ça va augmenter encore plus l'accessibilité pour l'ensemble de la population du Québec, entre autres sur notre mission spécialisée.» Alors, j'aimerais que le ministre nous entretienne davantage sur l'aspect du projet de loi en lien avec la médecine spécialisée.

• (15 h 50) •

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Je ne pensais pas avoir la question maintenant, mais je suis bien content de l'avoir parce qu'effectivement elle est en continuité avec ce dont on a discuté jusqu'à maintenant. Alors, souvent, les gens, M. le Président, pensent que le projet de loi n° 20 ne touche pas les médecins spécialistes. Au contraire, ça les touche, mais, comme la problématique de la médecine spécialisée est différente de celle de la médecine de famille, les mesures qui sont proposées s'adressent donc à des éléments, des paramètres qui sont propres à eux, tout simplement.

Mais le fil conducteur demeure. Le fil conducteur, et je reviens un peu sur le passé récent, le fil conducteur, c'est le continuum loi n° 10, projet de loi n° 20 et financement à l'activité. Le financement à l'activité, on comprend que c'est purement administratif. Et on comprend que la loi n° 10, c'est d'abord et avant tout administratif, mais avec une finalité clinique, le parcours du patient dans les soins qu'il doit recevoir. Et à date on a passé beaucoup de temps sur l'explication du projet de loi n° 20, puis je vous dirais que, quand... et je vous dirais ça... même, je ramène ici le fruit de conversations que j'ai dans la population en général. Ça commence à percoler, les gens comprennent, là, ce qui se passe dans le projet de loi n° 20, et ils voient la pertinence de ça. Maintenant, le projet de loi... la partie des médecins spécialistes est moins bien connue, puis je suis donc bien content de prendre quelques minutes pour élaborer.

Dans le parcours de soins du patient, il y a l'accès à la première ligne, là, du domicile à la première ligne, puis, dans la majorité des cas, ça arrête là. Ça peut aller chez le spécialiste pour de l'investigation puis revenir chez le médecin de famille, mais parfois, et là je le dis évidemment avec empathie, malheureusement, ça va à l'hôpital. Et là tout le monde le dit, hein : Au Québec, on reçoit d'excellents soins à l'hôpital, mais ils ne sont pas optimisés. L'optimisation peut être d'ordre administratif. On en a parlé tantôt pour les blocs opératoires, les blocs opératoires, dans les trois quarts des cas, à peu près, peuvent produire plus. Cette mission-là est donnée dans la loi n° 10. Elle va s'exercer.

Puis je vais vous dire une chose, M. le Président, là, les P.D.G. des CISSS, et des CIUSSS, et des établissements non fusionnés, là, non seulement ont compris le message, mais y adhèrent. Ils voient aussi qu'on peut faire mieux et ils mettent aujourd'hui les énergies nécessaires pour améliorer la situation, puis j'en suis très content. On est tous, tous, tous dans la même direction dans le réseau actuellement. C'était un des bénéfices du projet de loi n° 10 qu'on voit déjà aujourd'hui dans son application.

Maintenant, sur le plan clinique, bien, il manque des petits bouts, et le projet de loi n° 20 vient s'adresser à ça. Un des premiers bouts qu'il manque, là, c'est l'accès aux consultations spécialisées. Je l'ai dit, je le redis aujourd'hui, là, les médecins de famille, comme groupe, se sont historiquement plaints d'une difficulté d'accès aux médecins spécialistes. Ils ont raison là-dessus. Ce n'est pas de la mauvaise foi, c'est de la mauvaise organisation.

Alors, nous, on vise à faire en sorte que cette organisation-là soit précisée, refaite, améliorée. Comment? En faisant en sorte que les médecins spécialistes aient l'obligation de réserver des plages de rendez-vous de consultation pour les patients provenant des médecins de famille, qui, à ce moment-là, passeront par un guichet qui s'appellera un guichet d'accès priorisé aux services spécialisés. En français, ça veut dire qu'un patient qui a un problème x pour lequel un protocole sera mis en place, protocole qui exigera une investigation comprenant une consultation, le médecin de famille pourra, à pied levé, à la limite dans son bureau, à la limite quand son patient est dans le bureau, organiser un rendez-vous à une date x, par un guichet qui procédera à la chose ou que le médecin pourra diriger son patient vers le guichet qui organisera ça, pas dans trois mois, pas dans six mois, dans un délai adéquat.

Je connais, moi, M. le Président, une région, on y est, ça s'est fait au Québec, là, ça, là. Ce n'est pas une lubie, ce n'est pas un rêve, ça s'est fait, mais ça ne s'est pas reproduit. À Québec, là, pour le cancer colorectal, un patient qui a besoin d'une investigation, là, il est vu, consulté en dedans d'une semaine; scopie, une endoscopie, là, en dedans d'un mois. Ça se fait, le CHU de Québec l'a fait. Je félicite la présidente-directrice générale, Mme Bourdon, qui est un exemple. Elle l'a fait. Bien, ça va se faire ailleurs, tout simplement.

Alors, cet accès-là, là, qui est un... et c'est une pierre angulaire de la pratique de la médecine de famille, une pierre angulaire dans le sens qu'après l'accès, là, il y a une séquence. Tantôt, je vous ai parlé de l'accès, la manière d'organiser l'accès et ainsi de suite, bien, après, là, dans sa pratique quotidienne, le médecin de famille doit avoir le pas après. Le pas après, c'est la consultation. Bien, ça, c'est un des éléments qui doit être corrigé et qui sera mis en place de façon uniforme dans le Québec, ce qui veut dire que tous les Québécois, toutes les Québécoises qui ont besoin, par leur médecin de famille, d'une consultation l'auront dans un délai requis.

Un délai requis, là... imaginez, là, si, demain matin, parce que l'accès adapté fait ça, imaginez-vous si, demain matin, là, les patients ont un rendez-vous en dedans de trois heures... de trois jours chez leur médecin de famille et que leur médecin a réglé tout avec le médecin spécialiste, quand c'est nécessaire, dans un mois, mettons, est-ce que vous pensez que la population va être heureuse et satisfaite? La réponse, c'est oui. Est-ce qu'actuellement elle a ça? La réponse, c'est non. Est-ce que quelqu'un avant nous, là, dans les 18 derniers mois, a fait quelque chose pour ça, 24 derniers mois? Non. Là, on le fait. Pourquoi s'opposer au projet de loi n° 20? Je ne le sais pas, mais il faudra qu'on nous explique ça un jour.

Alors, nous, on prévoit, là, que, par règlement, là, 90 % des consultations provenant du médecin de famille devront être réalisées selon un délai, une attente selon la situation clinique. Un cancer, plus vite; un problème mineur, moins vite, et ça, c'est correct. Et ça, on conviendra de ça avec les organisations médicales, avec la science, avec ce qui est reconnu actuellement dans la littérature.

Maintenant arrive la question du fonctionnement dans l'hôpital, M. le Président. Dans l'hôpital, il y a des problèmes de fonctionnement. On parlait des listes d'attente, du délai d'attente au débordement à l'urgence, mais il y a, c'est historique, là, il y a des hôpitaux au Québec, M. le Président, où le médecin de famille qui fait de l'urgence demande des consultations à son collègue spécialiste, un médecin de famille qui demande une consultation en cardiologie. Bon, le patient, dépendamment de l'heure où il est arrivé, bien, il y a une consultation qui est demandée à une heure x. Bien, des fois, la consultation, là, puis là, quand je dis «des fois», c'est «trop souvent» que je veux dire, elle ne se fait pas dans un délai adéquat, et ce délai adéquat là génère d'autres délais, et c'est ça qui, en grande partie, souvent, très souvent, augmente les délais d'attente et les statistiques qui sont citées abondamment en commission parlementaire.

Bien, il y a lieu de s'adresser à ça, et le projet de loi n° 20 le fait, le fait en imposant certaines règles. Et je vois le temps qui s'écoule, il me reste quatre secondes... que je terminerai au prochain bloc.

Le Président (M. Schneeberger) : Une minute. Non, il vous reste du temps encore.

M. Barrette : Une minute?

Le Président (M. Schneeberger) : Oui.

M. Barrette : Ah! je me suis trompé. Alors, le paramètre que l'on met en place est un paramètre qui fait en sorte que les consultations demandées de jour, entre 8 heures et 16 heures, soient faites, en moyenne, à l'intérieur de quatre heures.

Il y a une raison à ça, M. le Président. C'est parce que, si elle n'est pas faite dans le délai requis, on tombe au lendemain. En tombant au lendemain, parce que les médecins ne peuvent pas tout faire... On ne peut pas faire le travail de jour en dedans de 24 heures... en dedans de huit heures, pardon, bien, ça tombe au lendemain. Et ça, ça m'amène à reposer la question à la députée de Taillon. Le panier de services et le panier de médicaments, c'est quoi que le Parti québécois veut enlever? Parce que ça a été dit par leur chef présumé, M. le Président. J'attends une réponse. Je pense que c'est elle bientôt, là.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, M. le ministre. Nous passons maintenant du côté de la deuxième opposition. Alors, j'entends le... Ah! Mme la députée de Repentigny.

Mme Lavallée : Merci, M. le Président. Bonjour, M. le ministre. J'aimerais prendre quelques minutes pour discuter, questionner le ministre sur un projet qu'il connaît bien, soit celui de l'hôpital...
• (16 heures) •

Le Président (M. Schneeberger) : Excusez-moi, Mme la députée. Il faudrait juste avoir le consentement de la Chambre pour qu'on puisse...

Des voix : ...

Mme Lavallée : Donc, concernant l'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, situé dans ma région, le temps d'attente moyen à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur était, en 2013-2014, de 25 h 32 min. Les nouvelles données publiées dans les crédits démontrent que la situation s'est détériorée depuis un an, le temps d'attente a augmenté de presque de deux heures pour s'établir à 27,4 heures. C'est tout simplement inacceptable. Avec un important volume de visites à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, cet établissement maintient un taux d'occupation moyen sur civière très élevé, à 181 %, avec un temps d'attente moyen sur civière de 27,4 heures. C'est une urgence qui connaît des problèmes depuis plusieurs années, l'une des pires au Québec. Plus de 13 500 personnes ont quitté l'urgence de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur en 2014-2015 sans avoir vu un médecin.

L'ajout d'une aile, de même que celui d'étages, à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur actuel sont actuellement envisagés. Le projet d'ajouts de 146 lits sur deux étages se retrouve dans le Plan québécois des infrastructures 2015-2025 que vient de déposer le ministre des Finances, mais son statut est en planification. Selon des articles publiés dans les journaux locaux, deux scénarios sont envisagés pour l'agrandissement, soit l'ajout d'une aile, de même que celui d'étages à l'hôpital actuel.

Le CSSS du Sud-de-Lanaudière indiquait qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur une date envisagée pour le début des travaux. Pourtant, l'ancien gouvernement du Parti québécois avait annoncé, en avril 2013, que le CSSS du Sud-de-Lanaudière sera autorisé à procéder à la réalisation du dossier d'affaires initial pour son projet visant l'ajout de 146 lits de soins de courte durée à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Ce projet, dont les coûts ont été estimés à plus de 150 millions, doit être entièrement financé par le ministère de la Santé.

En 2012, le ministre avait mentionné, dans la région, que la région de Lanaudière était mal desservie, autant en ce qui concerne les équipements que les effectifs. Le ministre disait alors : «L'Hôpital Pierre-Le Gardeur a été construit par le Parti québécois, donc mal construit, et les libéraux promettent depuis deux ans de l'agrandir. Nous, ce que nous disons aux gens de Lanaudière, c'est que, dès que nous prendrons le pouvoir, nous mettrons en branle les travaux d'agrandissement. Ce n'est pas compliqué, il manque 150 lits à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.»

Le 8 mars dernier, il y avait par ailleurs 2 858 patients en attente d'une chirurgie à l'hôpital. L'encombrement persistant à l'urgence est dû en partie à un manque de lits de courte durée, reconnu par le ministère, à l'accroissement de la population ainsi qu'au nombre élevé de patients en fin de soins actifs occupant des lits de courte durée. Un suivi régulier entre l'établissement, l'agence et le ministère de la Santé est toujours en cours.

Ma question au ministre est la suivante : Quels sont les scénarios actuellement sur la table, au ministère de la Santé, pour l'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur? Est-ce un dossier prioritaire pour le ministre de la Santé? Et quand les citoyens du Sud-de-Lanaudière pourront enfin espérer que les travaux commencent?

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Bien, bienvenue, Mme la députée. Alors, évidemment, M. le Président, je ne peux pas ne pas être d'accord avec les commentaires que la députée de Repentigny a faits sur la conceptualisation du Parti québécois et l'hôpital. C'est vrai que l'hôpital aurait pu être mieux conçu, mais ça, ça relève du Parti québécois. Alors, je suis d'accord avec la position de la députée de Repentigny sur ce point-là.

Ceci dit, je vais faire deux ou trois commentaires et donner la réponse précise. Évidemment, pour ce qui est du PQI, à partir du moment... dans la façon dont on fonctionne et dans la réglementation — bien, c'est une loi, là, maintenant — c'est au PQI que ça va se réaliser. Alors, pour moi, c'est clair que — et je l'ai dit dans le passé — il manque des lits à l'hôpital Le Gardeur, c'est clair. Alors là, comme vous le voyez, on est en planification. Les phases qui régissent la progression d'un dossier dans le PQI, elles doivent être respectées. Et aujourd'hui ce n'est peut-être pas le lieu de faire des annonces formelles à cet égard, mais, oui, je peux dire qu'il y a certainement une justification très grande pour qu'on aille de l'avant avec ce projet-là dès que l'on pourra.

Et je vous dirais, M. le Président, que l'an 1... et je vous dirais et je répéterais, je l'ai dit à plusieurs reprises, je le dis encore aujourd'hui, c'est important, un des enjeux les plus importants, les plus importants de notre réseau de la santé, après l'accès, là, et l'organisation des soins, c'est les infrastructures. Et Pierre-Le Gardeur, c'est un bel exemple d'une structure qui n'était pas assez grande à la case départ et qui mérite d'être agrandie selon ce qui a été proposé, et je vais dans le même sens. Mais les infrastructures, évidemment, là, on tombe dans le budget du Québec, et là on tombe dans l'équilibre budgétaire, on tombe dans nos moyens. Alors, on imagine l'impact qu'aurait eu le Parti québécois sur Pierre-Le Gardeur avec ses déficits prévus, évidemment prévus et confirmés, contrairement à ce que la députée de Taillon a dit tout à l'heure, par le Vérificateur général. La députée de Taillon, M. le Président, tout à l'heure, a dit que le Vérificateur général faisait des illusions, c'est un illusionniste, M. le Président. Alors, c'est quand même... C'est une commission parlementaire intéressante, je vais vous avouer, parce que, là, on est rendu qu'on considère que le Vérificateur général fait de l'illusionnisme.

Alors, on peut... Oui, oui, alors, à la date, on me demande... la députée de Repentigny me demande une date. Je ne peux pas lui donner de date. On fait de la planification, et sûrement que ce sera priorisé. Les infrastructures, M. le Président, je vous le dis, là, j'ai plus de projets que j'ai de budget, et, à un moment donné, il faut les prioriser, et j'essaie de prioriser les projets en fonction des besoins de la population et de la vétusté des équipements. En premier la vétusté et, en même temps ou peut-être en deuxième, les besoins, là, puis c'est difficile de mettre de l'ordre là-dedans, là, mais on va convenir ensemble que la sécurité des patients, c'est quelque chose de primordial.

Alors, la vétusté, là, quand... écoutez... et ça existe, là. J'ai vu, moi, dans le passé... ça n'existe plus, là, dans l'endroit en question, mais moi, j'ai vu des blocs opératoires avec des problèmes de mouches parce que la ventilation n'était pas bonne. Mais il faut la remplacer, la ventilation, à un moment donné, là. Il y a des...

Une voix : ...

M. Barrette : Non, mais là, M. le Président, là, je vais juste dire à la députée que je vais terminer ma réponse puis qu'elle pourra me questionner après.

Alors, à la question qui est de savoir la date, bien, je ne peux pas le dire, parce qu'il y a une priorisation qui doit être faite, et ce que l'on a fait cette année, c'était le prioritaire du prioritaire. Mais, à partir du moment où le projet est au PQI, c'est un projet qui devrait se réaliser, bien, qui devra se réaliser, et je peux répondre précisément : Est-ce que c'est important pour moi, ce dossier-là? Oui, pour les raisons qu'elle a invoquées.

Maintenant, pour ce qui est des éléments qu'elle soulève pour justifier la priorisation de ce développement-là, bien, je dirai à la députée de Repentigny, M. le Président, que les éléments qu'elle soulève passent aussi par le projet de loi n° 20. L'hôpital de Le Gardeur, c'est un hôpital où le lien entre la médecine spécialisée et la médecine de première ligne n'est pas optimal, et les statistiques le montrent. Les délais pour la consultation en chirurgie ne sont pas optimaux. La prise en charge de l'hospitalisation est minimale par les spécialistes. L'organisation avec la première ligne pourrait être améliorée. Alors, tout ça sont des éléments qui vont améliorer la performance de l'urgence, et ça, bien, ça passe par le projet de loi n° 20. Alors, ce n'est pas simplement la construction d'infrastructures qui va régler et résoudre le problème de l'urgence de Pierre-Le Gardeur, mais bien, comme c'est toujours le cas en santé, un ensemble de mesures.

Le Président (M. Schneeberger) : Mme la députée de Repentigny?

Mme Lavallée : C'est terminé.

Le Président (M. Schneeberger) : Non. Le député de Lévis.

• (16 h 10) •

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Bon, bien, on va rester à peu près dans ce domaine-là, puis je vais probablement faire plaisir au ministre de la Santé, parce qu'on va parler justement du parc immobilier du réseau de la santé. Il a beaucoup parlé de la vétusté, c'est une priorité pour lui. Vous savez, dans le réseau de l'éducation, bien, on a vécu des problèmes majeurs, hein? Plusieurs écoles sont encore dans un état lamentable. Le réseau de la santé, c'est immense, hein? Le parc immobilier du réseau de la santé, c'est au-delà de 2 500 bâtiments, c'est énorme; superficie totale : 8,9 millions de mètres carrés. Le problème, c'est que le ministère de la Santé et des Services sociaux ne connaît actuellement pas l'état de vétusté du parc immobilier des établissements de son réseau. Et pourtant ça fait longtemps qu'on travaille là-dessus.

Selon le Vérificateur général du Québec, on en parlait il y a deux instants, puis ce n'est pas une illusion, là, le ministère de la Santé travaille depuis 2001, 2001, sur un portrait partiel qui devait être livré le 31 mars 2015. Ça ne fait pas bien, bien longtemps. En mars 2015, nous avons demandé, en vertu de la loi à l'accès aux documents, au ministère de la Santé et des Services... et à la Société québécoise des infrastructures de nous fournir quatre informations sur l'état du parc immobilier du réseau de la santé. On a demandé, pas bien, bien compliqué, la valeur du déficit du maintien des actifs des immeubles du réseau de la santé pour l'ensemble du Québec et ventilé par région, la liste des immeubles qui accusent un déficit d'entretien — autrement dit, on a du travail à faire, là, c'est de la réno — la valeur du déficit d'entretien de ces immeubles et la liste des établissements disposant d'un plan directeur de maintien des actifs. Alors, on a eu deux réponses : la Société québécoise des infrastructures, qui répond qu'elle n'intervient pas en ce qui concerne la valeur du déficit d'entretien pour les immeubles du réseau de la santé et nous invite à acheminer la demande au ministère, et le ministère de la Santé, qui, lui, nous répond, le 26 mars 2015, que nos recherches n'ont pas permis de repérer aucun document répondant à notre demande d'accès. Or, bien, c'est des réponses étonnantes, vous le comprendrez, puisque le ministère a écrit, dans les derniers crédits budgétaires de juin, que l'échéancier pour dresser un portrait partiel est le 31 mars 2015 et qu'il sera possible, dès avril 2015, de faire des extrapolations assez précises de la valeur du DMA au niveau régional et national. Et là je rappelle, ça fait longtemps, le Vérificateur général, en 2012, disait : Il faut que ça se fasse, il faut, quelque part, que ça aboutisse.

Dans le plan québécois des infrastructures 2015-2025, déposé lors du plus récent budget du gouvernement, il est écrit noir sur blanc : «Présentement, le ministère [...] ne dispose pas d'un portrait normalisé et représentatif de l'état physique des immeubles en fonction de l'indice d'état gouvernemental.

«Le ministère [...] prévoit déployer un programme normalisé d'inspection des immeubles en 2015-2016, ce qui permettra de présenter progressivement un portrait de l'état et du déficit de maintien des immeubles du réseau de la santé [...] d'ici le 31 mars 2018.»

Question simple : 31 mars 2015, on ne l'a pas, on l'attendait, maintenant, on s'en va en 2018, pourquoi ce délai? Qu'est-ce qui explique qu'il aura... finalement, il faudra attendre 17 ans au ministère de la Santé pour dresser un portrait complet et fiable de son parc immobilier alors que c'est extrêmement important, c'est la structure même de notre réseau, le ministre l'a confirmé il y a quelques instants? M. le ministre.

M. Barrette : Bien, M. le Président, c'est là... Je pense que M. le député de Lévis a donné la réponse en posant la question. Et je suis tout à fait d'accord avec lui. Honnêtement, là, je suis tout à fait d'accord avec lui que... Et c'est la deuxième fois dans ma vie que je vis cette situation-là, là. C'est la deuxième fois que, lorsqu'on aborde un sujet, là... J'étais de l'autre côté de la table à l'époque, moi, je pensais que, dans les équipements médicaux spécialisés en 2001, là, quand j'ai fait une première sortie assez largement médiatisée, que le gouvernement avait la connaissance fine et précise de son propre inventaire. Et puis j'avais fait une sortie dénonçant la vétusté des équipements médicaux spécialisés à l'époque, là, en 2000-2001, c'était sous le Parti québécois, évidemment, puis c'était au cours des coupures qui avaient eu lieu à l'époque. On comprend qu'avec des coupures il n'y avait pas eu grand investissement dans les équipements médicaux spécialisés, qui, eux, servent à donner des soins aux patients, en passant, de qualité.

Et il a été très étonné de voir que le Parti québécois, à l'époque, ne savait pas, mais pas du tout, là, même pas un peu, quel était le parc d'équipements, pas son état, le parc. Alors, aujourd'hui, je suis étonné, là, de constater qu'il y a maintenant deux ou trois ans le Vérificateur général ait fait le même constat.

Alors, je suis tout à fait avec le député de Lévis, M. le Président, c'est quelque chose qu'on devrait savoir et que le Vérificateur général a constaté que l'on ne savait pas et a recommandé de mettre en place un exercice, une mécanique, pour le faire. Et il a raison, là, je suis d'accord avec lui, le Vérificateur général l'a demandé il y a deux ou trois ans, et notre gouvernement d'alors a entrepris les démarches pour le faire, et c'est en cours. Et il se trouve qu'à date nous ne pouvons pas produire un estimé du déficit en question pour une raison simple, là, c'est que c'est un exercice qui est plus complexe que prévu, qui demande à faire pas simplement un inventaire d'adresses, mais aussi une appréciation de la vétusté en fonction de critères qui, eux, doivent être établis en cours de route pour qu'on ait un portrait qui soit reproductible, et reproduit, et fiable ultimement, au bout de l'exercice. Et moi aussi, j'ai bien hâte, en 2018, d'avoir une donnée fiable, mais on ne l'a pas.

Ne l'ayant pas, ça ne veut pas dire qu'on ne fait pas du maintien d'actifs, on en fait, on investit à hauteur de 120 millions de dollars par année, mais, pour ce qui est du déficit global à être pourvu... Bien, c'est pour ça que je dis, M. le Président, que, pour moi, c'est un immense défi qui est plus grand que tout le reste. Le député de Lévis faisait référence à 2 000 installations, bien il n'est pas loin de la vérité, là, puis ce n'est pas une question d'avoir le chiffre précis, c'est

qu'on peut imaginer que, pour construire un hôpital aujourd'hui, là... on sait ce que ça coûte, là. Construire un hôpital neuf, là, comme du type qu'on voudrait construire à Vaudreuil, bien c'est 600 millions de dollars, là. Ça fait qu'on peut imaginer, là, que la vétusté que l'on constatera va représenter des dizaines de milliards de dollars, sinon des centaines, d'où l'importance de gérer correctement, d'où l'importance de faire le lien avec la rigueur budgétaire, d'où l'importance de souligner à grands traits le chemin dévastateur dans lequel nous avait amené le Parti québécois avec, oui, vérifié par le Vérificateur général, un déficit annoncé de 7 milliards de dollars.

Le Président (M. Schneeberger) : M. le ministre, je souhaiterais, question d'équilibre, que le temps alloué aux questions et réponses soit équivalent. Alors, j'aimerais qu'on respecte cela, s'il vous plaît. Merci. M. le député...

M. Barrette : Est-ce que vous me demandez, M. le Président, de chronométrer la question pour que je me chronomètre dans la réponse? Parce que, des fois, les réponses, vous savez... au dernier bloc, là, il y a eu une question de 10 minutes.

Le Président (M. Schneeberger) : Vous comprenez très bien ce que je veux dire, M. le ministre, là.

M. Barrette : Là, je comprends ce que vous voulez dire, M. le Président, mais comprenez...

Le Président (M. Schneeberger) : M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Nos chronomètres fonctionnent, le vôtre, comme le mien, alors on essaie... et vous aviez raison, il y a deux instants, de dire : Il y a la vétusté, puis construire l'hôpital, ça suppose des coûts immenses, un nouveau centre hospitalier, on l'a abordé ensemble il y a deux instants. Avec le mégacentre hospitalier, dans la région de Québec, on peut s'attendre à des mégacoûts ou... bon, de fait, vous me le dites et me le confirmez.

Je vous pose deux questions parce que le temps file, puis, moi aussi, le chrono descend. Moyenne d'âge des hôpitaux au Québec, il faut que les gens le sachent, hein, c'est 50 ans, on a un parc immobilier extrêmement vieillissant, extrêmement vieillissant, puis ça ne touche pas seulement les cadres de porte, et les équipements, et la salubrité pour les soins aux patients, en tout cas, ce qu'on voudra, ou des mouches dans une salle d'opération. Moi, on m'envoie, M. le Président, des photos de chambres, et, honnêtement, avec des trous dans les murs, avec des situations, c'est un environnement de soins, un environnement de soins. Puis, celle-là, je vous dirais en plus que c'est une chambre privée, ça fait qu'elle coûte un bras puis une jambe, là, tu sais? Et pourtant c'est épouvantable, c'est une personne âgée qui était dans cette chambre. Alors, environnement de soins, ce n'est pas très, très... hein, on comprendra.

M. le Président, comment le gouvernement peut-il bien orchestrer, et le ministre l'a abordé il y a quelques instants, comment peut-il bien orchestrer puis évaluer, dans le PQI, les investissements nécessaires liés au maintien des actifs — alors rien que le fait que ça continue à fonctionner — sans ce portrait complet là de l'état des établissements? Parce que, là, on y va un peu à ce que je sais puis à ce que je ne sais pas.

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

M. Barrette : M. le Président, il me reste environ 30 secondes?

Le Président (M. Schneeberger) : ...secondes.

M. Barrette : Cinq?

Le Président (M. Schneeberger) : 30, 30.

M. Barrette : Alors, M. le Président, écoutez, là... D'ailleurs, j'espère que le député de Lévis va m'indiquer où il y a des trous dans les murs pour qu'on puisse dire aux administrations d'aller les réparer, là. Mais, pour ce qui est de la vétusté, M. le Président, on aura un résultat, là, partiel en 2016, mais qui sera quand même significatif. Mais, pour ce qui est du PQI, M. le Président, ce que l'on met là, c'est ce qui est constaté, là. Je comprends qu'on n'a pas fait l'évaluation de chaque mètre carré d'établissement du Québec, mais ce qui est mis là-dedans...

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, M. le président. Désolé de vous interrompre, nous allons maintenant du côté du gouvernement, et j'entends le député de Sainte-Rose.

M. Habel : À moins que le ministre désire répondre à la question, je pourrais procéder...

M. Barrette : Ah! bien, je vais continuer, ça va me faire plaisir.

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

M. Barrette : Alors, je reviens, parce que je suis allé peut-être un peu trop vite pour le bénéfice du député de Lévis. On aura un résultat intermédiaire pour à peu près 800 à 1 000 bâtiments, là, installations, au 31 mars 2016. Mais

évidemment qu'il va nous falloir avoir le tableau complet éventuellement, mais ça ne nous empêche pas, avec la connaissance actuelle du réseau, de prendre des décisions. Et je répète ce que j'ai dit tantôt : Il y a des décisions qui sont basées sur la vétusté, mais aussi des décisions qui doivent se baser sur l'accès aux soins. Comme, par exemple, au PQI, on a mis un hôpital à Vaudreuil, mais, à Vaudreuil, là, les gens sont rendus à aller se faire traiter en Ontario. Ils paient des taxes au Québec, puis on rénove l'Hôpital de Hawkesbury, là. Cette population a le droit, tout comme, un jour, la population de Repentigny a eu son hôpital, d'avoir le sien. Alors, à un moment donné, là, c'est un équilibre dans les décisions entre les deux, et, oui, un jour, bien, avec les données que l'on aura, qui sont en train d'être construites correctement, on pourra avoir une planification ordonnée correctement en fonction aussi de nos budgets, de la rénovation ou la mise à niveau de nos infrastructures.

Alors, nous, on pense qu'au 31 mars 2017 on sera rendus à beaucoup plus loin, il en restera à peu près 30 %, et ce sera complété au 31 mars 2018, et, entre-temps, on aura des données fiables pour faire l'ordonnancement. Ici, M. le Président, là, ce n'est pas une question de politique, c'est une question de gestion basée sur des données fiables. On est en train de mettre en place ces données-là. Et je suis d'accord avec le député de Lévis, ça aurait probablement dû être fait avant. On le fait et on agira en conséquence, évidemment à l'intérieur des budgets que l'on a, d'où l'importance de l'équilibre budgétaire.

• (16 h 20) •

Le Président (M. Schneeberger) : M. le député de Sainte-Rose.

M. Habel : Merci beaucoup, M. le Président. Antérieurement, on a fait référence à l'APSS, qui est le mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés, qui est, dans le fond, une portion du projet de loi n° 20, qui vise à favoriser le lien entre les médecins de famille et les spécialistes. Mais j'aimerais savoir comment va s'opérer le guichet d'accès.

M. Barrette : Bien, si vous me le permettez, M. le Président, je vais juste terminer avec la consultation à l'urgence, parce que ça, c'est un élément crucial dans le fonctionnement de l'hôpital. C'est difficile à saisir même pour les parlementaires, sauf pour ceux qui ont été dans les hôpitaux, évidemment, et certainement que c'est difficile à saisir pour le grand public. Alors, j'expliquais tantôt, M. le Président, que les patients, lorsqu'ils arrivent à l'urgence et qu'ils voient un urgentologue qui est, en général, pas toujours, mais, en général, est un médecin de famille, ça arrive régulièrement, pas toujours non plus, mais ça arrive régulièrement qu'une consultation est demandée à un médecin spécialiste.

Je prenais l'exemple tantôt d'un patient qui arrive, puis il y a une consultation demandée en cardiologie. Bon, le gros des patients, là, il n'arrive pas à deux heures du matin, là. Le gros des patients arrive à deux heures du matin le samedi soir, quand le Canadien perd. Malheureusement, la saison semble achever, mais on va espérer que non. Le gros des patients arrive le jour. Et, le jour, ces consultations-là sont demandées. C'est normal, on dort la nuit. Alors, ces consultations-là, demandées le jour, si elles ne sont pas exercées le jour, bien, elles vont être exercées le lendemain. Ce qui fait qu'un patient qui arrive à 10 heures le matin, si sa consultation n'est pas faite dans les quatre heures ou cinq heures suivantes, bien là on tombe au lendemain, ce qui fait que le patient qui arrive, qui attend pour une décision et un suivi dans son investigation et son traitement, vient de perdre 16 heures. Alors, on imagine l'impact que ça a sur la durée, les statistiques de l'attente à l'urgence, l'impact que ça a dans la perception du public quant au fonctionnement du réseau.

Alors, la loi n° 20 vient faire en sorte qu'on doit augmenter l'accès pour les P4, P5, ceux qui sont ambulatoires, qui ont des problèmes mineurs, qui ne devraient pas être à l'urgence. Ça va marcher. Ceux qui sont à l'urgence pour un certain temps, bien, il faut que ça marche pour eux autres aussi. Et une des façons pour que ça marche, c'est que, quand il y a une consultation demandée au médecin spécialiste, le médecin spécialiste organise sa pratique pour que ça soit efficace, que ça soit fait en dedans de trois, quatre heures. On demande au médecin de famille d'être accessible. Bien, on demande au médecin spécialiste, à l'hôpital, d'être accessible aux demandes du médecin de famille qui est à l'urgence. C'est ça qu'on lui demande, là, pour faire en sorte que ça soit fluide et sans attente. Puis ça, ça a un impact sur les coûts à l'urgence. Parce que le patient qui reste inutilement 24 heures, alors qu'il pourrait tout régler en 10 heures, 12 heures, bien, il coûte des sous, là. C'est un engrenage, là. Tout est lié là-dedans.

Or, qu'est-ce qu'on voit dans la pratique trop souvent? On voit des médecins qui organisent leur pratique, des spécialistes, en disant : O.K. Moi, là, dans mon groupe, là, dans mon groupe aujourd'hui, il y en a quatre, quatre spécialistes d'une spécialité donnée. Il y en a un qui fait les cliniques externes, il y en a un qui fait l'étage, là où sont les patients hospitalisés, puis il y en a un qui fait, mettons, la salle d'opération et la consultation à l'urgence. Bien, ce docteur-là, là, il ne peut pas être en train d'opérer puis voir un patient à l'urgence. Qu'est-ce qu'il fait? Il va opérer, parce que c'est ça qui est le prioritaire, puis, à la fin de la journée, il vient voir le patient à l'urgence. Oui, mais le patient à l'urgence, s'il vient le voir à la fin de la journée puis il demande un test qui peut se donner seulement le lendemain matin, le patient vient de rester 24 heures, 36 heures pour rien.

Alors, on dit aux médecins spécialistes : Vous êtes un groupe à l'hôpital... parce qu'ils sont là en majorité, les médecins spécialistes. 80 % de leur pratique, 85 % même dans certains cas, ça se fait à l'hôpital. Puis ils sont plusieurs à la fois de la même spécialité. Organisez-vous pour que celui qui fait la consultation à l'urgence, ça ne soit pas le même qui est en train d'opérer, ou en train de faire une angioplastie, ou en train de faire je ne sais pas quoi. Organisez-vous pour que, dans votre organisation — un pléonasme, mais qui est valide — vous soyez en mesure de répondre à la consultation en dedans de quatre heures en moyenne. Pas toutes. Il y en a qui se font plus vite, il y en a qui se font moins vite, mais pour faire qu'en moyenne, là, la fluidité, le fonctionnement, le travail du médecin de famille qui est là soit amélioré. Et ça, c'est majeur. Parlez à n'importe quel médecin de famille qui est à l'urgence puis demandez-lui s'il attend trop. Ça a déjà été écrit dans des guides de gestion des urgences. Il y a même des gestionnaires d'urgence qui voulaient que la consultation soit faite en dedans d'une heure. Ça, c'est une exagération. 24 heures par jour. Ça, c'est une énormité. Mais de jour, là, ça

devrait être fait en dedans de trois, quatre heures. C'est ça qu'on demande. Parce que le gros du travail est là, et ce gros du travail là peut s'améliorer par ça. Alors, l'impact, là, sur la chaîne est immense.

Alors, d'un côté, on a des mesures qui font que les patients n'ont pas d'affaire à aller à l'urgence. Ils peuvent aller près de chez eux, dans une superclinique. De l'autre côté, quand on va à l'urgence, bien, on n'attend pas nécessairement 24 heures pour avoir un test, parce que la consultation se fait vite. Et, en passant, un test en médecine spécialisée, c'est une consultation. Tout ça, c'est pareil.

Alors, ça, ça impacte significativement les médecins spécialistes. Alors, il serait faux de penser que les médecins spécialistes ne sont pas touchés, ils sont touchés dans leur pratique quotidienne eux aussi. Mais les volumes ne sont pas un enjeu. Ce n'est pas le volume, l'enjeu. L'enjeu, c'est le mode de livraison du volume en question. Ce n'est pas le volume en soi, c'est le mode d'organisation. On n'est pas dans la capacité, on est dans l'organisation des capacités, un cran en dessous. Ce n'est pas la même chose. Alors, ça, c'est le deuxième point qui touche la médecine spécialisée.

Mon collègue député a posé la question de l'accès prioritaire aux soins spécialisés, aux services spécialisés. Je reviens là-dessus. C'est un guichet d'accès. C'est un peu comme le GACO. Actuellement, il y a le Guichet d'accès pour les clientèles orphelines. Les citoyens qui n'ont pas de médecin de famille peuvent aller s'inscrire sur un guichet qui va leur trouver un médecin de famille. Ce n'est pas optimal, mais ça rend de très bons services. Avec le projet de loi n° 20, je peux vous garantir que ça va être beaucoup mieux. Beaucoup, beaucoup mieux. Garanti.

Maintenant, pour la médecine spécialisée, c'est un guichet similaire, en ce sens que ce guichet-là, c'est un endroit où le médecin de famille, pas nécessairement le patient, le médecin de famille adresse une demande de consultation ou d'investigation au guichet, qui, lui, à ce moment-là, prend le patient en charge.

Je vous donne un exemple, M. le Président. Un patient qui a une attaque, un moment où il est... un épisode neurologique. Ça s'appelle une ischémie cérébrale transitoire, une ICT. C'est un moment, là, où une personne, par exemple, a un moment où il est paralysé. Ça dure quelques instants, le patient s'en rend compte, il est surpris, il va voir son médecin : Imaginez-vous, là, que je n'étais plus capable de bouger ma main, puis c'est revenu. Bien, ça, là, s'il y a des gens qui nous écoutent, que ça leur arrive, là, il faut aller tout de suite à l'hôpital. Ça, c'est une raison d'aller consulter rapidement le médecin. Pas à l'urgence nécessairement, mais rapidement, dans les prochains jours. Puis, s'il n'y en a pas, de rendez-vous, oui, bien là peut-être qu'il faut aller à l'urgence. Mais, avec le projet de loi n° 20, là, vous allez voir votre médecin dans... le lendemain, c'est sûr, sûr, sûr, ou même la journée même.

Mais là, quand une personne a ça, là, il y a un protocole, c'est automatique, c'est automatique. Un médecin, là... tout médecin sait ça, avec un symptôme comme ça, il faut faire un examen clinique, une histoire clinique, une investigation minimale et une consultation éventuelle.

• (16 h 30) •

Admettons que les symptômes sont suffisamment sérieux, démontrés, clairs, là, que ça demande une consultation chez le neurologue, bien là, là, ce patient-là va être dirigé vers le guichet en question, l'APSS, et là l'infirmière qui est là, là, sait quoi faire. Monsieur, madame, là, O.K., bien, vous avez besoin de tel test avant d'aller voir le neurologue. Voici votre rendez-vous chez le neurologue, ça va être dans une semaine, à telle heure, à tel endroit. Et, entre-temps, vous allez être allé voir un médecin qui va vous avoir fait un doppler de vos carotides, un autre médecin qui va vous avoir fait un échocardiographique. Les résultats vont être sortis, parce que le projet de loi n° 10 va exiger que ça sorte en 24 heures, la loi n° 10, et vous allez aller avec votre résultat voir le neurologue qui va vous voir, et là le neurologue ne perdra pas de temps. Parce qu'aujourd'hui le neurologue, ce qu'il va faire, là, il va dire : Monsieur, madame, là, on va vous demander des tests, puis là voici la prescription, puis allez à l'hôpital pour prendre un rendez-vous. Puis là la personne va prendre le téléphone puis va se faire dire que c'est dans trois mois, et ainsi de suite. Votre appel est important pour nous. C'est ça qu'elle va vivre, la personne aujourd'hui. Bien, avec le projet de loi n° 20, la loi n° 10, ce n'est plus ça. Ça va être : Monsieur, madame, c'est organisé, là, vous allez là à telle date, vous allez avoir tel test, tel autre test là, votre rendez-vous chez le consultant là, la réponse va revenir au médecin de famille si le médecin de famille peut vous prendre en charge ou, si ça demande plus, le plus va être organisé. C'est ça que ça fait, le projet de loi n° 20, pour les médecins spécialistes dans l'accès prioritaire aux services spécialisés.

Alors là, on s'est occupés de la consultation à l'urgence, on s'est occupés de l'accès, bien, on va s'occuper à une autre chose aussi, là, qui est la liste d'attente. Les listes d'attente ne sont pas gérées optimalement, et ça, c'est une conjugaison de loi n° 10 et de projet de loi n° 20, les médecins vont être tenus de participer à la gestion de la liste d'attente pour faire en sorte que les gens n'attendent plus un an, neuf mois, 12 mois, 10 mois. Ce n'est pas normal qu'une personne à qui on a la capacité de donner un rendez-vous, une journée de priorité opératoire, une priorité, une date de chirurgie en dedans d'un an, qu'elle attende plus qu'un an, puis on est capables de le faire. Ça, c'est l'optimisation. Une personne peut refuser ce qu'on lui offre puis attendre plus d'un an. O.K., on va le colliger puis on le saura. On saura, dans les statistiques, que les gens qui attendent plus d'un an ont refusé ce qu'on leur a offert. Mais, les autres, il faut qu'on leur offre ça. Ça, c'est de la gestion des listes d'attente, et c'est ce qu'on leur demande dans le projet de loi n° 20.

Et à la fin — et là ça vient englober le tout, le tout de ce qu'on a dit à date — on dit aux médecins spécialistes : Bien, vous ne pourrez plus, comme c'est le cas, par exemple, à Le Gardeur... On a parlé de l'hôpital Le Gardeur tantôt, il y a un problème, à Le Gardeur, il y a un problème. Les médecins spécialistes ne sont pas médecins traitants jamais, c'est les médecins de famille qui le sont, puis on demande aux médecins de famille de délaissé un peu — pas complètement — l'hôpital pour aller en cabinet, pas pour tous, mais pour beaucoup. Bien, quelqu'un doit prendre ça en charge, et ça, c'est le spécialiste. Bien, dans le projet de loi, on donne le pouvoir aux organisations qui sont en autorité dans l'hôpital, les CMDP, les pairs, les autres médecins, de concert avec l'administration, d'exiger d'un médecin : Bien, voici, là, c'est toi qui est médecin traitant, quand la capacité est démontrée, pas quand elle n'est pas démontrée, pour que l'équilibre se fasse entre la médecine de famille et la médecine spécialisée. Qu'est-ce qu'on a entendu à ce sujet-là? On a entendu la fédération dire : Oui,

on peut le faire; les médecins concernés : Non, on ne peut pas le faire; mais la vraie réponse, c'est : Oui, on peut le faire, dans la mesure où on dose correctement.

Et là, là, on vient de faire le parcours de soins complet dans l'angle du patient, au bénéfice du patient, et on fait ça en gérant correctement les impôts des citoyens. Ça sert à ça, les crédits, aussi. Ça sert à expliquer comment on va bien gérer les impôts des citoyens, et ça, ça fait le tour de la chose.

Le Président (M. Schneeberger) : M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Bien oui, M. le Président. Combien de minutes reste-t-il?

Le Président (M. Schneeberger) : Il reste exactement trois minutes.

M. Plante : O.K. Bien, est-ce que c'est possible de transférer sur l'autre bloc? Comme ça, ça serait plus simple, parce que moi, j'ai un assez long préambule.

Le Président (M. Schneeberger) : Oui, s'il y a consentement. Oui? Parfait. O.K., bon.

Alors, nous allons passer maintenant du côté de l'opposition officielle. Par contre, je réitère que nous... de faire un échange cordial, et, toujours, on essaie d'avoir le respect au niveau du temps accordé, question et réponse, question d'équilibre, et surtout nommer les députés par leur nom de circonscription. Alors, la parole est à la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, j'aimerais aborder le dossier des GMF, des groupes de médecine de famille. Je pense que c'est un modèle qui est intéressant, c'est un modèle qui a énormément de potentiel. C'est un modèle, en fait, qui réunit une dizaine de médecins de famille, en principe — ça peut être plus ou moins — avec d'autres professionnels. Et, dans la première étape, on a priorisé les infirmières, et je pense que c'était tout à fait approprié, même si on aurait souhaité qu'il y ait d'autres professionnels également qui se joignent à ce modèle-là.

On doit dire que les GMF ont quand même bénéficié d'un budget de démarrage — on en a plus de 260 maintenant au Québec — donc un budget pour s'implanter, se déployer, qui était quand même substantiel, 500 000 \$ par GMF. Alors, on multiplie par 268, là, maintenant, qu'on est rendus, c'est quand même significatif, et par la suite un budget récurrent, année après année, d'environ 130 000 \$ pour des salaires d'infirmières, pour l'infrastructure des équipements de bureau, l'informatisation. Donc, c'est sûr qu'avec ça on s'attend à de la disponibilité. Et donc, pendant les 18 mois où le Parti québécois a été au pouvoir... alors que c'est un modèle qui a été instauré pendant plusieurs années, mais principalement qui a été déployé pendant le Parti libéral, mais sans reddition de comptes. Alors, le ministre nous dit aujourd'hui : Nous, là, on va demander de la reddition de comptes, on va vraiment... fiez-vous sur nous, là, il n'y en aura plus, de promesses non tenues, nous autres, on va vraiment surveiller ça.

Alors, c'est l'information qu'il nous a donnée l'année dernière. Donc, nous, pendant les 18 mois où le Parti québécois a été au pouvoir, on a réussi, vraiment, à faire en sorte que, de 40 %, à peu près, des GMF qui rencontraient leurs cibles, on est montés à 85 % des cibles. Mais, l'année dernière, l'année dernière, pendant l'étude des crédits, donc *Journal des débats*, 26 juin 2014, le ministre actuel — donc, ce n'est pas quelqu'un d'autre qu'on cite, c'est le ministre actuel — a dit, et vous allez reconnaître, c'est tout à fait ses termes : «...au bout de la ligne, à un moment donné, il est normal, pour un gouvernement, de faire en sorte de s'assurer que ce qui a été convenu comme livraison de service le soit, pas en 2018, pas en 2016, pas en 2015; là. Alors, la refonte du cadre de gestion va viser à ça, et l'application ou le terme de l'application de ce cadre-là, révisé ou actuel, c'est 2014.» Écrit. Puis, en plus, on peut continuer : «[Mais ça ne pourra pas se] faire dans une journée[...]. Mais ça ne se fera pas en 2015, ça va être maintenant.» Alors, comme ça n'a pas été maintenant, en 2014, et que le ministre a promis que ça ne serait pas en 2015, est-ce qu'il faut comprendre que ça va être en 2016?

Alors, je voudrais bien entendre qu'est-ce que le ministre va faire pour que les obligations que les GMF avaient à rencontrer à l'endroit de ce financement-là... et je les rappelle, elles étaient simples, c'était un nombre de patients inscrits, mais également un nombre d'heures d'ouverture de 68 heures, qui déjà n'est pas exagéré. La plupart des GMF ouvrent entre 8 heures le matin et 8 heures le soir, et le samedi, dimanche, entre 8 heures et midi. Et ça, c'est un des gros problèmes du recours inutile à l'urgence et des coûts engendrés parce que, malheureusement, les gens se blessent à 2 heures l'après-midi le samedi, et la seule porte d'entrée qu'ils ont dans le système, c'est l'urgence, et ça coûte cher, et ce n'est pas le bon endroit, et les gens attendent inutilement.

Alors, ma question est : Le ministre lui-même s'était engagé, en 2014, à faire que tous les GMF rencontrent les termes de leurs engagements, pour lesquels ils avaient signé, pour lesquels on a payé, et ce n'est pas acquis, ce n'est pas là, ce n'est pas au rendez-vous, alors le cadre de gestion attendu et la promesse de décembre 2014, qu'est-ce que le ministre a à répondre à ça?

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

M. Barrette : Bien, M. le Président, j'attends toujours des commentaires de la députée de Taillon sur le panier de services qu'elle veut toucher ainsi que les médicaments. Ce n'est pas sûr que je vais les avoir aujourd'hui.

Ceci dit, alors, je vais rectifier, quand même, certains faits. Des améliorations sous le Parti québécois, il n'y en a pas eues. Maintenant, au 31 mars 2015, M. le Président, c'est 95 % des GMF qui respectaient leurs heures d'ouverture et 74 % des GMF — c'était 55 %, avant notre arrivée — qui respectaient les cibles d'inscription.

Contrairement à ce que la députée de Taillon a dit, j'ai fait exactement ce que j'avais annoncé, c'est-à-dire que les GMF qui étaient en contravention avec leurs contrats ont été contactés, et réajustés, et/ou pénalisés, le cas échéant, dépendamment de ce qui est inscrit à la règle. Et, pour ce qui est du cadre de gestion, la démarche de révision était commencée, maintenant c'est de la négociation — ça, ce n'est pas un projet de loi — et nous en sommes à terminer, nous avons presque terminé la révision du cadre de GMF, révision qui demande l'accord de l'autre partie, et ça, c'est quasiment terminé.

Alors, contrairement à ce que dit la députée de Taillon, M. le Président, j'ai agi et je dirais même qu'à 95 % des GMF qui respectent les heures d'ouverture ce n'est quand même pas loin du 100 %, là, et 75 %, c'est quand même 40 % de plus que c'était avant. Maintenant, est-ce que c'est parfait? Non, mais la perfection arrivera probablement avec le projet de loi n° 20, M. le Président.

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

Mme Lamarre : Alors, est-ce que le ministre peut nous dire quand il va déposer le cadre de gestion?

• (16 h 40) •

M. Barrette : M. le Président, c'est une négociation. Alors, la négociation doit se terminer, et, si la députée de Taillon a vécu des négociations qui avaient une date de livraison, bien là qu'elle me dise le «textbook» de la chose, je vais aller suivre le cours, là. Ça ne marche pas de même, là, c'est une négociation.

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

Mme Lamarre : Bien, moi, je fais juste me référer à la parole du ministre, qui nous disait que ça serait terminé le 31 décembre 2014. Il devait déjà savoir, à ce moment-là, qu'il aurait à négocier. Il devrait avoir convenu qu'il aurait du temps pour négocier. Puis on connaît le ministre, il est capable de couper certaines négociations très sèchement. Alors, je me dis : Comment se fait-il que, là, on n'est pas capables de nous donner une date pour vraiment déployer, nous dire quand est-ce que le cadre de gestion va être déposé, qu'on y ait accès?

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

M. Barrette : Je ne comprends pas la députée de Taillon et je ne la comprends plus parce qu'on nous reproche de prendre des procédures d'exception dans l'adoption des projets de loi, puis là elle voudrait que je le fasse pour un cadre de gestion. Là, là, c'est comme dire une chose et son contraire. Est-ce que la députée de Taillon me demande légiférer et d'imposer un bâillon pour un cadre de gestion?

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

Mme Lamarre : Alors, il y a tout... c'est très différent quand le ministre choisit d'aller par voie législative, il devrait comprendre qu'il s'impose un certain nombre d'étapes qui sont conditionnelles à l'exercice approprié de la démocratie. Quand le ministre se positionne dans une situation de négociation et d'entente, il devrait mettre l'intensité pour trouver des solutions, régler la situation et faire en sorte que les choses attendues soient rencontrées par la population, parce qu'au bout de la ligne c'est la population qui attend ces services-là, et il les a promis. C'est lui-même qui s'est engagé à ce que ce soit réglé le 31 décembre 2014.

Le Président (M. Schneeberger) : M. le ministre. Mme la députée...

M. Barrette : M. le Président, je suis tout à fait d'accord avec la députée de Taillon, M. le Président, elle m'a cité correctement. Je me suis engagé à régler le problème...

Le Président (M. Schneeberger) : M. le ministre... S'il vous plaît, M. le ministre, la parole était à la députée de Taillon, si vous voulez... Laissez-lui finir sa question, et la parole sera à vous.

Mme Lamarre : Alors, ma question est : Quand le ministre va-t-il déposer le cadre de gestion?

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

M. Barrette : M. le Président, c'est la deuxième fois que la question est posée, bien, je vais varier la réponse, mais qui sera, en essence, la même.

Elle a dit qu'il y a des étapes. Bien oui, il y a des étapes. Elle m'a cité que j'allais régler le problème. Bien oui, je me suis engagé dans le règlement puis je suis en train de le faire. Maintenant, une négociation, M. le Président, ça prend une autre partie pour signer. Alors là, quand l'autre partie ne signe pas, ça prend une loi spéciale. Là, on n'est pas dans un modus operandi qui justifie une loi spéciale, on est au fil d'arrivée, là, il ne reste à peu près rien à régler. Mais, en négociation, on ne peut pas donner de date. À sa face même, M. le Président, la question est une question à laquelle il est impossible de répondre, puis je pense que tous les gens qui nous écoutent savent ça. Ils savent ça, là, qu'en négociation, il n'y a pas de date de terminaison. Par contre, quand on a une entente de principe, on peut dire qu'on va la mettre en

application à telle date. Mais là j'ai fait exactement ce que j'ai dit. Puis ça me surprend d'autant plus que la députée de Taillon pourrait peut-être nous expliquer sa démarche et exactement, quand elle dit appuyer le chef présumé, qui s'en vient au Parti québécois, quand elle appuie la refonte de la liste des médicaments et du panier de services... Est-ce qu'elle peut nous expliquer ses étapes, et sa date de mise en application, et les éléments qui sont sous-tendus par ça? Ça m'intéresse; on échange, là, sur les crédits.

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

Mme Lamarre : Alors, le ministre a dit avec affirmation... et, depuis le début de cette étude de crédits, il nous dit énormément de choses avec énormément d'affirmations, comme si c'était tellement évident que c'était certain que tout ce qu'il dit était pour se produire. Or, c'est quelque chose de relativement simple, rencontrer 262 GMF, s'assurer que les ententes soient respectées. On n'est pas dans l'innovation, on est juste dans la conformité à des ententes, et il a eu un an pour compléter ça, et il ne l'a pas fait, et il n'a pas encore réussi à le faire, et il ne peut pas nous dire, à ce moment-ci, quand il va déposer son cadre de gestion. Alors, je comprends que le ministre n'est pas en mesure de savoir quand il va respecter sa parole, alors qu'il avait dit, en juin dernier, que ce serait fait le 31 décembre 2014.

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

M. Barrette : M. le Président, je pense que ce n'est pas le lieu des insultes, là. La députée de Taillon vient de dire que je ne respecte pas ma parole. Je respecte ma parole. C'est une insulte, là, ça, là. Je respecte ma parole, M. le Président. J'avais dit que je réglerais la chose, la chose sera réglée. Je veux bien avoir péché par excès d'enthousiasme en donnant une date — c'est une erreur, je ne devrais plus faire ça — mais j'ai fait exactement, et elle le sait, ce que je me suis engagé à faire. Le cadre de gestion, je m'étais engagé à le réviser. La révision a été faite, et c'est une négociation, et elle est en fin de négociation. Et elle sait très bien, comme tout le monde ici dans la salle et tous ceux qui nous écoutent, qu'on ne peut pas — on ne peut pas — annoncer une date de livraison. Ça serait comme de dire, à 5 heures le soir, sur l'autoroute Métropolitaine, l'heure, à la seconde près, de l'arrivée à domicile du travail. Ça ne se peut pas. Par contre, je m'étais engagé à le faire et je l'ai fait.

Maintenant, je m'étais engagé aussi à m'adresser au respect des contrats des GMF et je l'ai fait avec tous les GMF. Et elle sait très bien, la députée de Taillon, M. le Président, qu'on est ici dans un exercice de respect de contrat. Et, dans le respect d'un contrat, il y a des pénalités, des ajustements, des modifications de prévus lorsque les services rendus prévus au contrat ne le sont pas. Et la conséquence n'est pas le respect des heures nécessairement, mais le retrait de subvention, de personnel, et ainsi de suite, et ça a été fait.

Alors, la députée de Taillon ne peut pas arriver ici, en Chambre, et me dire que je ne respecte pas ma parole lorsque je fais exactement ce que j'ai dit que j'allais faire. Et elle ne peut pas invoquer le fait que les services non rendus ne l'ont pas été et que ça, ça signifie ne pas avoir respecté sa parole. Ce qui est écrit au contrat, c'est que, quand les services ne sont pas rendus, entre autres, par les heures étendues, on enlève des montants d'argent, on enlève du personnel, et c'est ce qui a été fait. Et d'ailleurs c'est ce qui a fait la manchette à bien des fois. Il y a des gens qui se sont retrouvés dans le journal dans les comtés du Parti québécois parce qu'on enlevait du personnel sur la base du non-respect des ententes, et je cite ici le comté de Verchères, hein? C'est ça aussi, M. le Président, déformer la réalité.

Alors, j'ai tenu parole et je trouve intolérable, M. le Président, qu'on laisse ce genre de propos se tenir en plus sur la base de ces faits-là.

Le Président (M. Schneeberger) : Mme la députée de Taillon, pour 4 min 30 s.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Dans le contexte actuel des ententes qui sont connues, en tout cas, avant le dépôt du cadre de gestion, il reste que, si on est mère de famille, puis qu'on travaille le jour, et que la garderie nous appelle pour nous dire que notre enfant ne va pas bien, qu'on a besoin de voir un médecin le jour même, c'est très difficile, les rendez-vous ne sont pas disponibles, et très souvent le bureau est fermé. Les bureaux, de toute façon, des GMF ferment à 8 heures. Mais en particulier les fins de semaine, les fins de semaine, là on a vraiment une carence d'accès parce que le choix qui est fait et qui, jusqu'à maintenant, faisait en sorte que les GMF étaient compatibles avec les engagements, c'était à peu près, dans le fond, 68 heures par semaine : si on en faisait 60, de 8 heures à 8 heures, du lundi au vendredi, bien, les fins de semaine, on pouvait faire deux petites périodes de quatre heures et notre contrat est respecté.

Or, ce n'est pas ça qui répond à la mission qu'on avait confiée aux GMF et également aux besoins de la population, qui manque d'accès et qui se dit : Moi, j'ai besoin d'aller là. En plus, on a besoin de ces heures-là parce qu'à certains moments on travaille sur semaine, et perdre des demi-journées et des journées complètes de travail, perdre des journées, pour les enfants qui sont à l'école, ce n'est pas quelque chose qui est optimal. Et on doit se rendre compte qu'on a à travailler ensemble pour tenir compte aussi des besoins des citoyens, des parents, des personnes âgées qui ont besoin d'un accompagnateur pour se rendre chez le médecin, qui est plus souvent, en général, les fins de semaine.

Donc, ma question est simple : Dans le cadre de gestion que le ministre va déposer, est-ce qu'il va augmenter, diminuer ou laisser tel quel le nombre d'heures d'ouverture? Et est-ce qu'il va exiger un étalement de ces heures d'ouverture pour qu'il y ait des disponibilités plus importantes les fins de semaine? Parce qu'il y a des coûts énormes et de la mauvaise utilisation de l'urgence quand on ne fait pas ça.

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

• (16 h 50) •

M. Barrette : M. le Président, je suis... Écoutez, je me demande d'où vient cette question-là, M. le Président. C'est essentiellement le projet de loi n° 20 qu'elle décrit. Le projet de loi n° 20, là, entre autres, dans les supercliniques, là, exige 12 heures, sept jours par semaine.

Et je vais renseigner la députée de Taillon sur le comportement de son propre parti. Moi, quand je suis arrivé à mon poste, M. le Président, là, j'ai appris une chose, que je savais avant, mais dont j'ai eu la confirmation : quand le Parti québécois était au pouvoir, il ne mettait pas l'emphase sur les heures défavorables, particulièrement en fin de semaine, il ne le mettait pas. Et un des premiers points d'achoppement que j'ai eu avec les représentants des médecins de famille était justement ma détermination totale à faire en sorte qu'il y ait des heures étendues de 12 heures, 10 heures, 12 heures, la fin de semaine parce qu'avant, au Parti québécois, on ne mettait pas l'emphase là-dessus. Avant, le gouvernement du Parti québécois avait refusé la proposition de la FMOQ d'avoir l'équivalent des supercliniques. Il avait refusé ce concept-là, M. le Président. Nous, on le met de l'avant et on l'étend. Nous faisons le contraire de ce que le Parti québécois a fait pendant 18 mois. Alors, comprenez, M. le Président, là, que je suis abasourdi d'entendre la députée de Taillon me demander d'aller dans la direction où je vais déjà.

Le Président (M. Schneeberger) : Il reste une minute, monsieur, pour votre réponse.

M. Barrette : Et je terminerai là-dessus : puisque la députée de Taillon est portée sur les dates, peut-elle nous dire, compte tenu de son intervention et de sa question, quand elle fera avec nous l'adoption du projet de loi n° 20, M. le Président, quand, quelle date? Même pas l'heure, juste la date.

Le Président (M. Schneeberger) : Mme la députée de Taillon, pour 30 secondes.

Mme Lamarre : Merci. Alors, ma question portait sur les GMF, pas sur les supercliniques. Les supercliniques, on attend la première. Donc, on devrait en avoir éventuellement 50, ça n'aura pas la répartition régionale, territoriale que les 262 GMF ont, pour lesquels on a travaillé, pour lesquels on demande cette disponibilité-là. Donc, le ministre a fait exprès pour répondre «supercliniques», qui n'existent pas encore, dont on va voir la première éventuellement, mais les GMF, eux, existent, et on en a 262, et ils sont proches des gens.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, Mme la députée de Taillon. Alors, le temps est fini. Nous allons maintenant du côté du gouvernement pour une période de 21 minutes. M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Merci, M. le Président. Donc, écoutez, M. le Président, tantôt, j'avais reporté le temps afin de questionner le ministre sur un sujet qui touche vraiment plusieurs familles au Québec, plusieurs, je vous dirais... chaque individu, puisque la finalité, dans la vie ou dans un couple, c'est souvent d'avoir des enfants, de bâtir une famille et de penser à ce bonheur qui est d'être parents.

On se rappellera tous qu'en août 2010 le programme de procréation assistée avait été lancé, et qui fait encore le bonheur de plusieurs couples aux prises avec les problèmes d'infertilité. On sait très, très bien qu'il y avait des objectifs bien clairs au niveau de ce programme, qui ont été tout d'abord de réduire le nombre de grossesses multiples, de permettre aux couples infertiles d'avoir des enfants — ce qui est très important — et de promouvoir la natalité. On sait que le programme a été bénéfique et on sait aussi qu'en commission parlementaire plusieurs personnes sont venues questionner sur le volet du projet de loi n° 20 sur la procréation assistée. Dans ces groupes-là, il y a eu le jeune père Jonathan Dumont, il y a eu la Société canadienne de fertilité, il y a eu l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité, il y a eu le Conseil québécois des LGBT ainsi que l'Association des couples infertiles du Québec. Tous étaient préoccupés et parlaient du programme de procréation assistée, qui a changé leur vie, qui leur a permis d'avoir un enfant ou, du moins, trouver les causes qui faisaient que leur couple ou qu'un des deux était infertile.

On se rappelle, à l'époque et à l'annonce du programme, on désirait vraiment diminuer le nombre de grossesses multiples issues de la FIV, de la fécondation in vitro, de 25 % à 30 % vers un taux de 5 % à 10 % maximum. On sait qu'en ce qui concerne, bon, la promotion de la natalité, l'augmentation escomptée annuelle du nombre d'enfants était d'environ 1 000 enfants par année. À cette époque, le ministre estimait, par ailleurs, que les économies engendrées par la réduction de grossesses multiples et que... les hospitalisations en soins intensifs néonataux seraient à peu près à 100 millions de dollars, ce qui serait suffisant amplement pour financer le programme de procréation assistée. On sait qu'avec l'arrivée du projet de loi n° 20 on envisage à ce moment-ci modifier les dispositions législatives en matière de procréation assistée, et donc, en outre, on exigerait des changements importants, soit vu à l'âge de la personne ou de l'admissibilité de la personne à la fécondation in vitro, soit une femme âgée de plus de 18 ans et de moins de 42 ans, donc, et, dans certains cas, on pourrait exiger une évaluation psychosociale positive pour les personnes formant le projet parental.

On sait qu'en commission on a entendu diverses opinions à ce sujet, bon, il y avait au niveau de l'âge, au niveau de l'évaluation psychosociale qui, selon les groupes rencontrés, faisait plus consensus en disant : Bon, écoutez, c'est important, et tout ça, et on sait qu'une certaine partie des groupes étaient heureux de savoir qu'on conservait tout le processus couvert par l'assurance avant la FIV, ce qui faisait toute l'unanimité.

Moi, aujourd'hui, puisqu'on modifie, via le projet de loi n° 20, le programme de procréation assistée, j'aimerais que le ministre nous fasse un bilan du programme de ses débuts en 2010 à venir jusqu'à aujourd'hui, et quelles sont les raisons et un petit peu les constats qu'on a faits au programme puisqu'il y a sûrement des bons coups, mais il y a sûrement

des moins beaux aspects qui ont amené à une modification législative qui est introduite dans le projet de loi n° 20. Donc, M. le Président, si vous me permettez, j'aimerais que M. le ministre fasse... et nous permette d'avoir un peu plus les orientations ou le bilan, je dois dire, du programme de procréation assistée.

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

• (17 heures) •

M. Barrette : Oui, merci, M. le Président. Alors, c'est une question assez vaste que je vais essayer de résumer le plus succinctement possible, avec le plus de concision possible, même si ça va être probablement un petit peu long malgré tout.

Alors, l'historique — parce qu'on me demande de faire un peu le bilan, là, et l'historique du programme — bien, on remonte à 2009, à toutes fins utiles, où on se rappellera que c'était un sujet qui a pris beaucoup de place dans l'espace médiatique, c'est-à-dire avoir accès, via l'assurance maladie, au service de procréation médicalement assistée. Évidemment, pour des raisons de coûts, on comprendra qu'à l'époque, et encore aujourd'hui — bien, peut-être pas encore aujourd'hui, mais on y reviendra tantôt, là, dans le bilan de la chose — c'étaient des montants... le fait d'avoir accès au service de procréation médicalement assistée, ça engendrait des coûts qui étaient substantiels à l'époque, et il y a des gens qui ont rapporté avoir eu à dépenser jusqu'à 20 000 \$ pour avoir accès à un tel programme... pas à un tel programme, c'est-à-dire, à une telle procédure. Et évidemment on comprendra, tout le monde, d'entrée de jeu, que, pour certaines personnes ou certains couples, c'étaient des montants qui pouvaient être parfois prohibitifs; pour d'autres, non, mais pour certains, oui.

Mais, au-delà du coût, il y avait aussi une problématique qui était liée au coût, mais qui avait une incidence purement clinique. Dans un débat qui faisait rage, je dirais, à l'époque et qui était centré sur le coût, on parlait... et à l'accès à la procédure, là, on parlait moins des conséquences, dans une certaine période, que la façon de faire avait à l'époque. Et c'est important de se rappeler de ça parce que ça met la table aux décisions que l'on prend aujourd'hui. À l'époque, pour des raisons que je qualifierais de commerciales, des raisons de budgets familiaux, une pression importante était exercée sur le médecin gynécologue-obstétricien qui procédait à ces techniques-là pour avoir un résultat positif. Il y a beaucoup de gens, beaucoup de femmes, beaucoup de couples qui, à l'époque, voulaient avoir un enfant et, compte tenu de la dépense, avaient une relation qui était évidemment teintée — puis je ne dis pas ça négativement, là — face à cet exercice-là. Nombreuses femmes avaient plusieurs cycles, plusieurs implantations, plusieurs traitements en vue de la fécondation in vitro. Et, comme c'était élevé, bien, rendue au deuxième ou à la troisième tentative à 7 000 \$, 8 000 \$, 9 000 \$ la tentative, on peut comprendre qu'à un moment donné la clientèle disait à leur médecin : Bien là, là, il faudrait que ça marche parce que ça coûte cher et... Voilà. La réponse à ça, spontanée, soit pour des raisons financières, soit pour des raisons cliniques, parce qu'il y a une raison clinique aussi à ça, était des implantations multiples.

La procréation médicalement assistée est une technique qui évolue dans le temps, en ce sens que, pour vous donner... pour illustrer la chose, ça existait quand j'étais, moi, résident dans ma spécialité. Dans ma résidence, dans ma spécialité, on participait à ça. Le décompte des ovules, là, après une stimulation ovarienne, ça devait se faire, là, à tel moment après la stimulation, puis, si c'était un dimanche matin, il fallait y aller, compter les ovules. Ça se fait encore aujourd'hui, c'est tout à fait normal, ça fait partie de la technique, mais la technique mécanique de l'implantation, de la fécondation, là, que... et ainsi de suite, là, c'était moins performant, moins évolué qu'aujourd'hui. C'est normal, c'est des techniques, avec le temps, ça se perfectionne. Et, dans ces années-là, on n'avait pas nécessairement un taux de succès par implantation qui était à la hauteur de celui d'aujourd'hui. Alors, dans cette relation-là plus commerciale, mais à la fois clinique, qui se développait entre le médecin et sa patiente, il y avait une certaine pression qui se vivait entre le coût après plusieurs tentatives et le succès de la procédure qui était la naissance d'un enfant.

Alors, on a vécu une période où, pour des raisons à la fois techniques, à la fois cliniques — quand je dis «cliniques», c'est parce qu'évidemment on le sait, c'est encore le cas aujourd'hui, plus la personne est âgée et plus on a tendance à vouloir faire plus qu'un implant, implanter plus qu'un embryon — bien, il y avait une pression à en implanter beaucoup, à la fois parce que, techniquement, les succès en pour un n'étaient pas aussi grands, puis à la fois parce qu'il y avait une pression à la fois clinique et économique.

Alors, il y a eu une période, et c'est là que le débat s'est fait, où on a constaté, dans notre réseau, qu'il y avait un taux anormalement élevé de grossesses multiples puis on a pu constater que ce taux anormalement élevé venait entre autres — pas uniquement, mais, entre autres — d'implantations multiples. On a vu des implantations de cinq, six, sept embryons dans l'espoir d'en garder un, deux, trois. Un, en réalité, mais, des fois, il en restait trois. Et ça, ça posait des problèmes, évidemment, à la fois pour la mère mais aussi pour l'enfant. Et la mère et l'enfant, là-dedans, dans tous ces débats-là, ont toujours été un peu à l'écart. Mais, comme je le dis souvent, ça demeure quand même de la responsabilité du législateur de s'assurer de la sécurité d'eux, de la mère et de l'enfant, même si la finalité du programme est d'avoir un enfant. Mais on ne peut pas évacuer du débat la sécurité de la mère et de l'enfant.

Et là il y a eu un débat sur la place publique, que l'on connaît, et avant que ce débat... ou pendant que ce débat-là se faisait, bien, il y avait une mécanique qui était prévue au gouvernement, qui faisait en sorte qu'il y avait un crédit d'impôt remboursable qui couvrait jusqu'à 50 % des frais admissibles à l'époque, jusqu'à concurrence de 20 000 \$ par année. C'était ça, la mécanique qui était en place, et il y avait un volume qui était constaté de procédures qui étaient faites.

Est arrivée, suite à un débat sur la place publique, la mise en place, à l'époque que je considérais trop rapide, du programme actuel de procréation médicalement assistée qui a rendu l'activité, la procédure totalement financée par le régime public... presque totalement, pardon, par le régime public tel qu'on le connaît aujourd'hui. Or, ce qui n'a pas été prévu, évidemment, c'est la croissance... c'était un peu prévisible, mais ce qui n'a pas été pris en compte, c'est la croissance très rapide du programme puisqu'il est devenu public. Alors, cette croissance-là a fait en sorte que les coûts, qui étaient limités, à l'époque, à 10 millions de dollars, ont monté en services, juste en services, à 68 millions de dollars en date de 2014.

Et là on parle des services. À ça doivent s'ajouter tous les coûts d'infrastructure qui ont dû être mis en place pour satisfaire ça, l'enseignement et ainsi de suite, des services donnés à l'hôpital, mais aussi on peut évaluer aujourd'hui — puis ça, c'était évalué, d'ailleurs, il y en avait dans le PQI — les nouvelles infrastructures à mettre en place pour — parce que là c'est public — assurer une couverture idéale en région et ainsi de suite. Ce qui fait qu'on s'est retrouvés avec une facture qui est toujours en croissance, allant jusqu'à 128 millions de dollars, et c'est toujours en croissance.

Et on s'est retrouvés, sur le côté clinique, à vivre des situations liées à la gratuité, qui étaient discutables, et c'est dans ce cadre-là que mon prédécesseur a jugé bon et utile de faire une pause, pas dans le programme, mais dans l'évolution du programme, et se poser des questions. Et, pour avoir une analyse la plus objective possible, un mandat a été donné au Commissaire à la santé et au bien-être d'entreprendre et de mener à bien une réflexion sur le programme en soi. Devons-nous le garder public? Devons-nous garder l'étendue actuelle ou l'étendre à plus encore? Devons-nous mettre des balises?

Et je dois dire, en fait je dois répéter parce que l'ai dit à plusieurs reprises, que ce travail-là a été un travail à la fois exhaustif et de grande qualité. Je ne souscris pas personnellement à toutes les recommandations, mais je souscris à la validité des recommandations. Je ne souscris pas nécessairement à toutes les positions qui ont été prises, mais je souscris à la logique qui est sous-tendue par les décisions parce qu'il y a plusieurs aspects du rapport du Commissaire à la santé et au bien-être qui deviennent des objets de société, et c'est là qu'on est rendus. On est rendus à la conclusion d'un débat de société, par l'entremise du projet de loi n° 20, dans la partie du projet de loi n° 20 qui s'adresse à la procréation médicalement assistée.

Revenons en arrière un instant et revenons au rapport. Ce rapport est évidemment un élément charnière, qui fait le point sur le programme en soi, sur la portée du programme, sur la façon de livrer... d'exercer le programme. Dit différemment, ça s'adresse à la question de le garder financé publiquement, complètement ou non, ça s'adresse à la portée, en ce sens, à qui on l'offre, à toute la clientèle, c'est-à-dire tout le monde, même lorsqu'il n'y a pas de condition médicalement justifiée de le faire, et dans quelles conditions, au sens des conditions d'accès au programme. Et là il y a des recommandations qui sont faites et une décision est prise par le gouvernement de prendre une partie du rapport à sa charge et d'en laisser une partie de côté, pas par jugement négatif, mais par choix gouvernemental. Et je le dis aujourd'hui d'une façon claire, nette et précise : Il est clair, pour nous, qu'il fallait, à la suite des recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être, prendre à notre charge certaines recommandations d'accès au programme, qu'il soit public ou non. Le travail fait par le commissaire était exhaustif et excellent. Je n'ai rien à dire de négatif.

Mais arrive le volet financement. Là, ça, c'est une autre paire de manches, parce que l'accès et les balises d'exercice du geste médical, qui est celui de la procréation médicalement assistée, bien, ça, c'est des balises qu'on reprend à notre compte. On va de l'avant avec les recommandations à 100 %. Du côté du financement, bien là, on est dans un débat de société économique et là on prend une décision qui est contraire à la recommandation du commissaire, que je respecte. Je comprends la recommandation qui est faite, mais là c'est le choix de société. Il y a une commission parlementaire qui a été faite, on a eu des avis, des recommandations, des suggestions qu'ils ont faites, qu'on a prises en considération. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il y aura des amendements de proposés et que le débat continuera à être fait là-dessus. Alors, c'est ça l'historique et là où on est rendus.

Donc, aujourd'hui on est à : Qu'est-ce qu'on fait avec des balises d'accès? On dit oui au commissaire et on les met en application. Qu'est-ce qu'on fait avec le financement? On dit partiellement non au commissaire parce qu'il voudrait... il a recommandé que ce soit maintenu totalement public. Nous, on dit non partiellement. On pense que seulement partiellement le financement doit être public, selon des balises qui sont celles qui sont dans le projet de loi n° 20.

Le Président (M. Schneeberger) : Le député de Maskinongé.

• (17 h 10) •

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. Écoutez, M. le ministre, c'est rassurant, bien, de un, de vous entendre; de deux, surtout d'expliquer tout le cheminement qui mène à la décision et toute l'évolution du programme depuis son départ. Et je suis convaincu que les gens qui sont venus en commission vont être contents de vous entendre dire qu'il y aura des amendements et contents surtout d'entendre de votre voix que vous les avez bien écoutés, et on vous en remercie beaucoup. Et, quand je dis «vous», c'est que j'ai été concerné par la situation, et c'est un sujet qui me touche vraiment à toutes les fois qu'on en parle. M. le Président, je céderais, à ce moment-ci, la parole à mon collègue de Saint-Maurice. Il reste quelques instants.

Le Président (M. Schneeberger) : Oui, 2 min 30 s. M. le député de Saint-Maurice.

M. Giguère : Oui, merci beaucoup. Donc, on va y aller sur un autre sujet. On va commencer, on continuera tantôt. Si on se souvient, M. le Président, en campagne électorale, mon parti, le Parti libéral, s'est engagé à réduire de 10 % les dépenses liées à la bureaucratie, et puis ça, sur un horizon de trois ans. Et, sur le terrain, si on se rappelle bien — puis votre formation aussi allait dans cette direction-là, si je me souviens bien — on avait une belle réception. Donc, on disait d'aller faire le ménage dans nos finances, mais il faut porter action. Et, étant aussi, comme vous le savez, un entrepreneur, un agriculteur, la bureaucratie, il faut faire attention. Il faut un juste milieu. Si on se souvient bien, en juin dernier, M. le ministre a annoncé son intention de ramener à la baisse les ratios d'encadrement dans les établissements du réseau et ainsi d'abolir 1 300 postes de cadre. Et puis, pour réussir à faire ce tour de force là, donc, on avait besoin de la loi n° 10, et puis la loi n° 10 est venue, là, nous aider à faire une gouvernance plus cohérente à la fluidité des parcours des soins.

M. le ministre, vous le savez bien, les Québécois veulent voir l'argent durement gagné versé en impôts être consacré à la prestation directe des soins et des services. Donc, à chaque dollar qu'ils donnent en impôt, ils veulent

que ça aille en services surtout. Donc, chaque dollar consacré à l'encadrement et aux fonctions de contrôle nous éloigne de cet objectif. C'est pourquoi que, comme j'ai dit tantôt, le parti s'était engagé, durant la campagne, à réduire de 10 % sur trois ans, et, le 7 avril passé, la population nous a donné ce mandat-là d'aller faire, entres autres, ce ménage-là.

Nous savons tous que la régularisation du réseau de la santé et des services sociaux que vous avez proposée avec le projet de loi n° 10 nous permettra de réduire de 1 300 postes le nombre de cadres. Cela permettra aussi d'épargner 55 millions de dollars dès cette année et au moins 220 millions de dollars récurrents au terme de l'exercice. Ça, c'est avec la loi n° 10 qu'on peut aller faire ça, et puis c'est le Parti libéral qui a amené ça, malheureusement sans l'apport, là, de l'opposition. Quand on sait que 60 % des dépenses du gouvernement du Québec sont affectées à la rémunération de personnel... Je vais continuer tantôt, d'abord. Merci beaucoup.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, M. le député de Saint-Maurice. Cela met fin à votre bloc. Nous retournons maintenant, pour la dernière fois aujourd'hui, au deuxième groupe de l'opposition. Alors, j'entends le député de Lévis pour une période environ de 11 minutes.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Je vais revenir sur un autre dossier en questionnant le ministre, dossier qui trouve sa source et puis qui se rapproche du patient. Parce que c'est ça, le but de l'exercice, hein, finalement, ces questionnements-là, bien, c'est le patient avant tout. On parle d'accessibilité, on parle du patient, on parle de soins, on parle du patient.

Alors, parlons des examens de résonance magnétique. C'est un dossier qu'on a déjà abordé ensemble, alors on continuera à faire un petit peu de chemin là-dessus. Vous savez, la CAQ a obtenu, par accès à l'information, toutes les listes, et le ministre le sait, toutes les listes d'attente pour les patients en attente d'une IRM pour tous les hôpitaux et les régions du Québec, des données récentes, incontestables, provenant du ministère lui-même. Les résultats sont catastrophiques pour les patients. Les résultats d'une IRM, vous le savez, sont extrêmement importants, pas besoin de l'expliquer à ceux et celles qui sont du personnel soignant de notre réseau de santé.

Bref, en 2014-2015, 80 000 personnes attendent actuellement pour une IRM, une augmentation de 30 000 personnes. C'est un plus 62 depuis 2011-2012, alors énorme. 48 000 personnes attendent depuis plus de trois mois pour une IRM, c'est une augmentation de 18 000 personnes, c'est un plus 73 depuis 2011-2012. Et là, bien, on ne peut pas vous dire s'il y a des patients qui attendent depuis plus d'un an parce que les données du ministère ne permettent pas de savoir cet élément-là.

Par ailleurs, le nombre d'IRM réalisées dans le réseau public depuis 2011-2012 a chuté de 3 400, baisse de 6 %, alors une dichotomie là. Il y a eu détérioration des listes d'attente dans plusieurs régions, en fait, presque toutes, hein, Montréal, Québec, sans vous donner les chiffres, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Montérégie, Laurentides. Montréal, particulièrement, tiens, je vous donnerai celui-là cependant : 36 000 patients en attente en 2014-2015 comparativement à 22 700 en 2011-2012. C'est un plus 13 000 personnes.

Alors, je reviens sur ce que le ministre sait déjà, hein? Lors de la dernière campagne électorale, le ministre avait fait la promesse que les patients qui vont se faire traiter dans les cliniques privées pour une IRM, un «scan» et une échographie, alors davantage, seraient remboursés dès cette année. Je comprends, c'est lors de la dernière campagne électorale. Le ministre avait estimé les coûts de la mesure à 25, 30 millions de dollars. Je comprends, et on se le dira tout à l'heure, qu'évidemment, là, les budgets et les finances ne nous permettent peut-être pas et ne vous permettent peut-être pas d'aller jusque-là, mais on va revenir là-dessus aussi.

Je vous lis quand même ce qui est écrit dans le communiqué du Parti libéral du Québec. C'était le 11 mars 2014, et là j'ouvre les guillemets : «...le Parti libéral du Québec s'engage à offrir un accès rehaussé à la résonance magnétique, au "scan" et à l'échographie, afin que les Québécois puissent obtenir le bon diagnostic le plus rapidement possible.» Je continue : «Ces trois examens seront donc couverts par le régime public lorsqu'ils seront effectués dans les cliniques privées, et ce, dès 2014-2015. Ainsi, une personne pourra obtenir un examen rapidement dans une clinique privée sans avoir à déboursier des centaines de dollars.» Excellent. Intéressant.

Même jour, l'aspirant ministre avait alors déclaré : «Un Parti libéral majoritaire rendra gratuits, sur la carte d'assurance maladie, tous les services d'imagerie médicale donnés à l'extérieur des hôpitaux.» Malheureusement, les faits sont là, le ministre — et les patients doivent évidemment vivre avec ça — n'aura pas réussi à remplir sa promesse électorale. Puis je sais ce qu'il va me dire, hein, je le vois déjà : le Parti québécois a laissé un déficit majeur, on a dû renoncer à certaines promesses, pour le moment, pour rétablir l'équilibre budgétaire. Alors donc, j'ai répondu un petit peu à sa place.

On a parlé des listes d'attente pour une IRM. On peut aussi lire dans les crédits de cette année, à la question 97 de l'opposition officielle, les listes d'attente pour les échographies cardiaques, mammaires et les autres échographies. Et là, si on prend les données pour la région de Québec... Je m'attarderai à celle-là, mais on aurait pu le faire avec Montréal, on aurait pu le faire avec Lanaudière, parce que la situation s'est détériorée. Alors, pour la région de Québec : écho cardiaque, 2 134 personnes en attente; écho mammaire, 974 personnes en attente; autres échos, 4 563 personnes en attente. Pour les IRM, 8 863 personnes en attente, dont seulement 55 % ont pu avoir l'examen en moins de trois mois.

En février dernier, lorsqu'on a dévoilé que les listes d'attente pour les IRM s'allongeaient, le ministre de la Santé a confirmé que les patients qui ont recours au privé pour une imagerie par résonance magnétique seront bel et bien remboursés par le régime public, mais seulement lorsque l'équilibre budgétaire serait atteint. Alors, maintenant que le gouvernement annonce un retour à l'équilibre budgétaire à la fin de l'année financière, ma question au ministre, très simple : S'engage-t-il à ce que, le 1er avril 2016, les patients qui vont se faire traiter pour une IRM, un «scan» ou une échographie pourront le faire dans une clinique privée et être remboursés?

• (17 h 20) •

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

M. Barrette : M. le Président, évidemment, l'étude des crédits, c'est l'étude des crédits. Ce n'est pas la campagne électorale. Mais je vais quand même réitérer le fait que les engagements auxquels fait référence le député de Lévis sont des engagements électoraux et qui doivent donc être exercés dans un mandat. Alors, ce n'est pas un engagement, là, de tout faire dans les six premières semaines d'un mandat, particulièrement, M. le Président, lorsque, quand on arrive au pouvoir, on constate l'état lamentable de nos finances publiques. Alors, je ne veux pas me cacher derrière le rideau derrière lequel le Parti québécois s'est caché, celui du déséquilibre budgétaire, mais il n'en reste pas moins qu'elle est là, la réalité. Nous nous sommes engagés à ce que, dans le mandat, ça se fasse. Ça se fera, mais ça se fera, M. le Président, dans le cadre du respect, du respect de l'engagement primordial de tous les engagements, qui est celui de l'équilibre budgétaire.

Maintenant, pour ce qui est des listes d'attente, je tiens à informer le député de Lévis d'une réalité que... Je ne lui reproche pas parce que probablement qu'il ne le savait pas. Mais la problématique de l'augmentation du nombre de patients inscrits sur les listes d'attente vient simplement... en résonance magnétique vient du fait que nous avons exigé du réseau de mettre tous les patients qui n'étaient pas sur la liste d'attente formelle dans la base de données, ce qui était le cas. Je vous explique un peu ce que ça veut dire. Ça a l'air bizarre, là, mais les hôpitaux, quand on leur a historiquement demandé, dans un domaine donné, de mettre, de divulguer ou de nous donner la donnée des listes d'attente, au lieu de nous donner tous les patients et les requêtes qui sont en attente, ils mettaient le prochain rendez-vous, les rendez-vous cédulés. Oui, on a des rendez-vous pendant deux semaines, voici notre liste d'attente. Ce n'est pas une liste d'attente, ça. La liste d'attente, c'est tous ceux qui attendent même s'ils ont déjà un rendez-vous. Alors là, il y avait un problème de collection de données qui a été corrigé, puis, à chaque fois qu'on fait une affaire de même, il y a une montée subite des listes d'attente qui ne correspond à rien dans les faits, au sens rien de plus qu'avant. C'est une lecture plus exacte de la réalité.

Ça n'enlève évidemment pas l'importance de la liste d'attente parce que le député de Lévis me dirait ou me répliquerait, avec raison : Oui, mais c'est quand même pas mal de monde qui n'ont pas de rendez-vous. C'est vrai. Puis, dans le domaine de la résonance magnétique, bien, ça, c'est un domaine qui doit être attaqué, dans le bon sens du terme. On doit s'attaquer à la résonance magnétique et particulièrement à la pertinence des examens de résonance magnétique, et évidemment je parle par expérience, parce que c'est mon domaine, et malheureusement on sait qu'il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de tests qui sont demandés en addition à d'autres tests inutilement et qu'il y a un ménage à être fait là, et ce ménage-là doit être fait par les cliniciens eux-mêmes.

Dans le projet de loi n° 20, pour lequel j'invite le député de Lévis à voter pour le plus vite possible ainsi que la députée de Taillon, on parle de gestion de listes d'attente en chirurgie, mais, en réalité, on parle de toutes les listes d'attente. Et en radiologie, en particulier en échographie, tomographie, le «scan», et résonance magnétique, bien là, il y a un chevauchement. Nombre de patients ont des examens de demandés aux deux inutilement, puis il y a bien des médecins qui demandent un examen dans un en espérant l'avoir plus vite que l'autre. Et on le sait que nombre de patients s'inscrivent dans plusieurs endroits en espérant passer. Ça, on le sait, là, ça, là, ça se vérifie. On n'a pas le détail par hôpital, mais ça se vérifie.

Alors, il y a un effet de gonflement des listes d'attente qui vient de ces demandes-là et, en plus, il y a des examens moins pertinents de demandés. Le meilleur exemple que je peux vous donner de ça, M. le Président, c'est l'Ontario, qui a décidé d'arrêter de payer, là, il y a deux ans, pour des résonances magnétiques demandées pour des maux de dos. Moi, je trouve ça un peu exagéré, M. le Président, parce que des fois, dans les maux de dos, là, c'est bien facile de dire que c'était inutile après l'examen, mais, avant l'examen, ce n'est pas si facile que ça. Mais c'est vrai qu'il doit y avoir un resserrement des indications.

Le Président (M. Schneeberger) : 1 min 30 s.

M. Barrette : Oui, c'est ça. C'est parce que j'utilise... sous la consigne du président, j'essaie de prendre le même temps de réponse que la question, alors il me reste 1 min 30 s.

Alors donc, M. le Président, je tente d'expliquer ici les raisons pour lesquelles on se retrouve avec des listes d'attente qui semblent énormes et qui, en réalité, ne le sont très fort probablement pas. Ceci dit, pour ce qui est des engagements, je l'ai dit, là, on a pris des engagements, on va les réaliser, mais on doit les réaliser dans le contexte actuel qui est l'équilibre budgétaire et le projet de loi n° 20, qui va dans cette direction-là, que j'ose espérer que le député de Lévis va nous permettre d'adopter vite.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, M. le ministre. Alors, pour 50 secondes, député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Je réitère ma question parce qu'on parle d'équilibre budgétaire, de un. Parce que le Parti libéral s'engage à l'équilibre budgétaire, je le repose : Est-ce que le ministre s'engage, 1er avril 2016, que ça soit gratuit parce qu'on devrait avoir atteint l'équilibre budgétaire que vous prônez? Alors, on va être rendus là, ça va être cohérent avec votre engagement, M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, comme je l'ai dit tantôt et je le dirai succinctement comme la question est succincte, on n'est pas en campagne électorale, là, on n'est pas dans une séance de promesses, on est dans les crédits 2015-2016.

M. Paradis (Lévis) : ...aux patients, M. le ministre.

M. Barrette : Non, non. M. le Président, ici, là, on est dans les crédits 2015-2016. Alors, je ne prendrai pas d'engagement pour les crédits de l'exercice 2016-2017. Ce n'est pas l'objet de la rencontre ici, là.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, M. le ministre. Alors, nous retournons maintenant du côté gouvernemental pour une période de 18 minutes, et je reconnais le député de Saint-Maurice. Oui.

M. Giguère : C'est en plein ça. Merci, cher collègue. Donc, on va continuer. J'avais commencé mon préambule tantôt sur la réduction de 1 300 cadres en santé. On sait, c'est une question... ces abolitions-là, c'est de mieux organiser le travail pour continuer à être capable de continuer à donner les services directs en soins puis en services.

Donc, je vais aller directement à ma question, si vous le permettez, M. le Président. J'aimerais ça savoir de mon collègue le ministre : Pouvez-vous nous expliquer comment vous entendez vous y prendre pour parvenir à l'objectif sans pénaliser les établissements qui avaient déjà fait le ménage dans leurs dépenses d'encadrement ni pénaliser les établissements dont la mission est moins sujette aux protocoles de soins et qui exigent, par conséquent, un encadrement plus étroit?

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député. Alors, c'est une question qui est évidemment très importante à l'étude des crédits, parce que... et ça, c'est un autre engagement qu'on va réaliser, M. le Président. Ça va arriver, ça aussi, là. Et ça, je vais être peut-être un peu plus précis ici, à la satisfaction sûrement du député de Lévis et de la députée de Taillon. Alors, la loi n° 10, effectivement... Et notre engagement est d'aller chercher des économies récurrentes, à terme, à la hauteur de 200 millions de dollars et un peu plus, 220, en réalité, par une diminution du taux d'encadrement.

Quand on regarde le taux d'encadrement, M. le Président, on constate qu'il est éminemment variable d'un endroit à l'autre, d'un hôpital à l'autre, d'une région à l'autre. En réalité, là... je veux éviter... je vais laisser les décimales, là... il varie, au Québec, de 3 % à 10 %. Et, contrairement à ce que le commun des mortels peut penser intuitivement, ce n'est pas parce qu'on est dans un gros hôpital qu'on doit avoir un gros taux d'encadrement, là. Ce n'est pas comme ça que ça marche, là, et inversement. Et force est de constater que, quand on regarde les données que l'on a, des hôpitaux similaires en mission et en grosseur, parfois, ont des taux d'encadrement qui varient substantiellement d'une région à l'autre, d'un milieu à l'autre. Et ça, ce n'est pas une explication, c'est un constat; on constate que souvent, en région, les gens les gèrent plus serré que dans des plus grandes régions comme à Montréal.

Alors, comment peut-on expliquer qu'un hôpital de mission comparable et de volume comparable en région ait un taux d'encadrement deux fois plus bas que... 50 % plus bas, plutôt, que celui en ville? Il y a un problème à une des deux places, là. Ou bien il y en a un qui ne fait pas comme il faut sa job puis il a besoin de plus de cadres ou bien l'autre en a trop puis il fait la même job, là. Alors, nous, on constate que c'est clair qu'il est possible de baisser notre taux d'encadrement, et c'est ce qui fait qu'on a choisi volontairement de viser une diminution de cet encadrement-là de 10 % et de procéder à un réajustement de moins 1 300 cadres dans notre réseau. Et ça, ça va se faire.

Maintenant, la question est de savoir si ça va se faire rapidement ou non, parce que la question qui vient souvent après, c'est : Quand est-ce que ça va se faire? Puis êtes-vous sûr de le faire? Bien, moi, je réponds toujours : Oui, je suis sûr de le faire parce qu'on va le suivre et... d'une part. Et, d'autre part, bien, on sait bien qu'il y a du monde qui vont s'en aller, là. Le 1 300, là, il va arriver. Alors, en date d'aujourd'hui, là, il y a déjà 840 cadres qui ont manifesté leur intention de quitter. Alors, on en a 1 300 qu'on vise, là, on en a déjà 840 qui choisissent de quitter. On ne les met pas à la porte, on leur donne le choix. Ils ont le choix de se reclasser, de prendre un autre poste, ils ont le choix de rester dans le réseau, à participer à la transformation du réseau, comme ils ont le choix de partir. C'est leur prérogative. Et on en veut 1 300 de moins à la fin, dans trois ans, mais je vous annonce très formellement qu'il y en a déjà 840 sur 1 300 qui ont annoncé leur intention formelle, officielle de s'en aller. On ne les remplacera pas. Alors, le 1 300, là, il nous reste maintenant deux ans, 11 mois... 10 mois et trois semaines pour le faire. Il n'en manque pas beaucoup, là. Ça va se faire, c'est sûr que ça va se faire. Et — et je l'ai dit à plusieurs reprises, je l'ai dit, M. le Président, en commission parlementaire — nous ne nous ferons pas piéger, comme précédemment, à voir des gens se faire réengager, à créer des postes factices pour retrouver les mêmes cadres. Un suivi étroit sera fait et est en cours, en déploiement de ces postes-là pour qu'il n'y ait pas la manoeuvre qui a été faite précédemment.

Alors, à propos du 1 300, il est en grande voie de réalisation. On en a fait plus des deux tiers, et il nous reste presque trois ans, trois ans moins un mois et une semaine, pour faire le dernier tiers. Est-ce qu'il y a vraiment lieu de douter de cette économie-là? La réponse est évidemment non. Alors, ça se fera.

Alors, la bureaucratie, c'est une chose qui est importante à réduire, parce qu'il en va de l'efficacité de notre réseau, il en va des coûts de notre réseau, et ça vaut même pour les médecins.

Moi, la semaine dernière, pour la deuxième fois, je demandais à mes homologues... pas mes homologues, mais mes vis-à-vis dans les deux fédérations de me faire la liste de ce qu'ils considèrent comme étant de la bureaucratie inutile qui leur prend du temps-patient pour rien. Les formulaires de ci, les formulaires de ça qui, au bout de la ligne, là, probablement, ne donnent pas de plus-value. J'attends qu'ils me la donnent, la liste, pour pouvoir l'abolir, si je vois, évidemment, que ce n'est pas délétère pour notre réseau.

C'est un engagement, là, qu'on a, là, de diminuer la bureaucratie, peu importe l'étage. Puis c'est la même chose pour les administrations hospitalières, pour le personnel, c'est le temps de faire le ménage. Peut-être que la bureaucratie peut s'éliminer par la numérisation, des choses comme ça, mais on va s'attaquer à la bureaucratie. Puis, pour ce qui est du taux d'encadrement, bien, on a un chiffre, qui est dans la loi n° 10, là, ça sera moins de 5 % partout, ça sera entre 3 % et 5 %, et ils ont, les P.D.G., la consigne d'arriver à cette destination-là le plus vite possible. Et, comme je viens de l'indiquer,

M. le Président, on est en train de le faire à la vitesse manifestement grand V et on n'a pas l'intention ni de passer à la vitesse petit v ni de passer à R, qui est le reculons.

• (17 h 30) •

Le Président (M. Schneeberger) : Le député de Saint-Maurice.

M. Giguère : Donc, on va continuer à aller à la vitesse grand V par en avant. Moi, j'aimerais ça... je voudrais savoir, on parlait des économies de 55 millions et puis un peu plus de 220 millions récurrents. Avec les 840 personnes qui ont déjà pris une décision de partir, est-ce qu'on est dans la mire? On est-u dans le bon «target»?

M. Barrette : ...on me donne une petite note. Au moment où je parle, ça a même augmenté à 858. O.K., ça va bien. Là, c'est à vitesse très grand V, là, parce qu'on est montés de 18 en une question. J'attends votre prochaine question.

M. Giguère : Bien, on le sait qu'au gouvernement on est habitués de marcher à grande vitesse. Donc, j'aimerais ça savoir aussi dans quelles régions... établissements du réseau auront à faire les efforts les plus importants pour diminuer la bureaucratie.

M. Barrette : C'est Montréal, c'est la grande région de Montréal.

M. Giguère : C'est la grande région de Montréal.

M. Barrette : C'est définitivement la grande... Quand je dis «la région de Montréal», là, c'est la grande région de Montréal, Montréal et ses régions limitrophes.

Je vous dirais, comme j'ai dit tantôt... d'ailleurs, c'est à l'honneur des régions... je sais que, M. le Président, le député, évidemment, vient lui-même d'une région qui n'est pas la grande région de Montréal, et il en est fier, et nous sommes fiers que la région soit représentée par mon collègue. En région, en général, là, les taux d'encadrement sont à l'intérieur des limites des paramètres qu'on se fixe. Il n'y a pas bien, bien de régions, là, qui ne sont pas là-dedans. La problématique est là. Et la grande région de Montréal, où est 60 % de la population, 60 % de nos installations, et ainsi de suite... et là l'effort est significatif, c'est clair.

M. Giguère : O.K.

Le Président (M. Schneeberger) : Député de Saint-Maurice.

M. Barrette : Et ça, c'est important, M. le Président, de donner cette information-là, parce que, souvent, en région, là, les gens qui nous écoutent, qui sont en région, ont eu beaucoup d'inquiétudes avec l'application de la loi n° 10 en se disant : Bien là, ils vont couper des postes et de l'emploi, et ainsi de suite, en région. Bien, ce n'est pas là que ça va arriver, ce n'est pas là que sont les problèmes, les problèmes sont ailleurs. Je viens de vous le dire, là, c'est... Le centre de cette affaire-là, là, il est dans la grande région de Montréal. Alors, en région, je tiens à rassurer les gens qui nous écoutent, là, ce n'est pas chez vous que ça va se passer.

Le Président (M. Schneeberger) : Le député de Saint-Maurice.

M. Giguère : Merci de confirmer quand même qu'en région... j'avais une bonne petite idée, mais qu'on gérait bien. Combien qu'il me reste de temps, à peu près?

Le Président (M. Schneeberger) : 10 minutes.

M. Giguère : O.K. On irait sur un autre sujet, si vous me permettez, sur les approvisionnements en commun. On sait qu'il y a eu une création de groupes d'approvisionnements en commun lors de... voilà quelques années. Et puis ça, c'est pour améliorer le processus contractuel qui rend les relations avec les fournisseurs plus transparentes, plus susceptibles de maximiser la concurrence. Voilà trois ans, sous l'ancien gouvernement libéral, il y avait 11 groupes d'approvisionnement qui ont été fusionnés pour en faire quatre. Puis, en juin dernier, sous votre mandat, M. le ministre, on a réduit ça de quatre à trois. Essentiellement, c'est un pour Montréal-Laval, un pour l'Ouest du Québec et la Montérégie, un autre pour l'Est de la province. Donc, ces regroupements-là, c'est fait surtout pour les achats, là... les gros équipements puis les gros volumes. Ce n'est pas pour acheter des seringues, des petites quantités.

J'aimerais ça... Pouvez-vous nous clarifier, nous expliquer tout ça, là, M. le ministre? Qu'achète-t-on via les groupes d'achat en commun, du moins, jusqu'à maintenant? Voyez-vous, là, de nouveaux horizons, des équipements ou des fournitures médicales qu'il serait souhaitable d'ajouter à la liste des items qui doivent faire l'objet d'un achat regroupé? Et comment, de manière plus générale, souhaitez-vous modifier nos pratiques contractuelles avec les fournisseurs de réseau pour améliorer la sécurité des approvisionnements, diminuer les coûts et conférer davantage de transparence à tout cela?

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

M. Giguère : Il vous reste 9 minutes.

M. Barrette : Combien?

Le Président (M. Schneeberger) : 8 min et 15 s.

M. Barrette : Bien, Seigneur! M. le Président, c'est un des sujets que j'aime le plus, puis je vais vous expliquer pourquoi. Parce que le concept de ça, de regrouper, je suis tombé là-dedans en 2000. Et je vous raconte cette histoire-là parce que c'est vraiment une belle histoire. Tantôt, plus tôt dans la journée, j'ai fait référence aux équipements médicaux spécialisés à un moment où le Parti québécois n'avait pas investi et ne savait pas son propre inventaire. Et j'avais fait une sortie qui avait fait en sorte que le fédéral... Ça avait été une sortie pancanadienne, j'avais fait ça avec mes homologues des autres provinces, et puis ça avait fait en sorte que le gouvernement fédéral avait ponctuellement fait un transfert de fonds pour les équipements médicaux spécialisés dans les provinces de 1 milliard de dollars. Et il avait créé en même temps Inforoute Santé, ça n'existait pas, là, à notre suggestion, parce qu'on était rendu à la numérisation dans mon domaine, et il y a 1 milliard de dollars, dont 225 millions qui avaient été envoyés au Québec. Et là il y avait eu un scandale dans le Canada, c'est très intéressant, d'autres provinces avaient acheté des chaudrons... Je me rappelle du scandale des tondeuses à gazon et des chaudrons parce qu'il y a des provinces qui avaient pris cet argent-là et avaient fait autre chose qu'acheter des équipements médicaux spécialisés.

Ceci dit, le Québec, sous la pression de certaines organisations, dont celle que je dirigeais à l'époque, avait décidé de faire un partenariat avec notre organisation, que je présidais, pour faire le premier exercice d'achats regroupés massifs d'équipements médicaux spécialisés, et on a acheté, à l'époque en radiologie, conjointement, une équipe composée d'officiers du ministère et de gens sur le terrain, qui, objectivement, ont participé à des achats regroupés, des acheteurs aussi du gouvernement, on a fait un achat massif de 225 millions de dollars d'équipements médicaux spécialisés, qui a remis à niveau, sous l'arrivée du Parti libéral, notre parc d'équipements. Parce que ça s'est fait à partir de 2003.

Ça a été tellement un exercice extraordinaire que le Parti libéral a continué à en faire, a continué à en faire. Et juste pour vous donner un exemple, parce que le député de Saint-Maurice me posait la question de donner des exemples de ce que ça fait, à l'époque, on donnait à un hôpital un budget normé pour acheter, par exemple, une résonance magnétique, un scan, un tomodynamomètre. Le budget normé, en 2003, M. le Président, sous notre gouvernement, était de 1,5 million de dollars, 1,5. Aujourd'hui, les achats regroupés ont continué, et ces machines-là, toujours haut de gamme, les meilleures sur le marché, toutes équipées, sortent à 750 000 \$. 750 000 \$ en 2015 par rapport à 1,5 million en 2003, n'est-ce pas un succès?

Alors, les achats regroupés, M. le Président, c'est quelque chose auquel j'ai participé conjointement avec les équipes gouvernementales que je salue aujourd'hui, M. le Président, parce que ces équipes-là font un travail extraordinaire.

Quand le député me pose ma question : Est-ce que ça améliore les choses? C'est-à-dire plus transparent quand on passe de quatre équipes à trois? Bien, la réponse est la suivante : en 2003, il y en avait une par agence, hein? À l'époque, là, chaque agence avait son équipe, les agences pour laquelle la Coalition avenir Québec a refusé de voter pour l'abolition, bien, on les a non seulement abolies, mais on a concentré les équipes pour en faire trois, parce que c'est plus efficace, parce que ça coûte moins cher. Et ces équipes-là, là, sont les équipes qui arrivent à faire des devis d'appel d'offres, là, qui sortent des machines à 50 % du prix de 2003.

Là, arrive la question, qui est une question éminemment pertinente, qui a été posée par le député, mon collègue, qui est : Qu'est-ce qu'on achète avec ça? Bien là, la question, aujourd'hui, n'est pas de savoir simplement qu'est-ce qu'on achète, mais : Qu'est-ce qu'on n'a pas acheté qu'on devrait acheter de plus? C'est ça qui est le défi. Le défi, c'est d'aller encore plus loin en appliquant cette formule-là au plus de choses possible. Ce sont des centaines de millions de dollars qu'on a économisés au fil du temps et qu'on continue d'économiser aujourd'hui parce que nous, on continue et on veut augmenter, augmenter, l'application de cette technique-là.

• (17 h 40) •

Alors, des exemples. Le député me demande des exemples, j'en donne. Tous les équipements médicaux spécialisés qui existent au-dessus de 100 000 \$, tous, sans exception, un «scan», une résonance, un appareil d'échographie, un moniteur cardiaque, un appareil d'hémodynamie, une table d'opération... Une table d'opération, ça peut coûter jusqu'à 400 000 \$. La table sur laquelle on se couche pour se faire opérer, ça peut coûter jusqu'à 400 000 \$. On fait baisser les prix, on fait baisser les prix dans tout, mais on s'adresse aussi à des fournitures médicales.

Les fournitures médicales, je vous donne des exemples d'économies qu'on a faites, qu'on a faites, là, maintenant, M. le Président, et qu'on va refaire : fournitures médicales en électrophysiologie, c'est les cathéters qu'on met dans le cœur pour dilater les artères, 5 millions; du matériel pour faire des sutures, 4 millions; du matériel d'hémodynamie, des stents, des choses comme ça, 4 millions; services cardiaques, 8 millions. 49 millions qu'on a faits, là. 16 millions dans des services divers, autres, dont la distribution de médicaments; 13 millions dans les médicaments, M. le Président; 4 millions dans les fournitures de bureau, j'en passe. Tomodynamométrie, le dernier appel d'offres qu'on a fait, 7 millions; accélérateurs linéaires en radio-oncologie, 5,4 millions; salles d'angiographie, 4 millions; IRM, 3 millions; et ainsi de suite, j'en passe, M. le Président.

Mais on va plus loin, on vient de terminer un appel d'offres, M. le Président, de lentilles pour les cataractes, on les a quasiment, là... je ne dirai pas le prix, parce que les gens qui sont... les compagnies qui nous écoutent, là, elles vont être stressées, là, mais des millions de dollars pour la qualité maximale, parce que, quand on fait des achats regroupés, M. le Président, on prend toujours la meilleure qualité. On va dans les prothèses de hanches, on va partout et on ira plus loin.

Le seul secteur où on n'est pas encore allés, M. le Président, c'est le médicament, et la seule raison pour laquelle je n'y suis pas encore allé, c'est parce qu'il semblerait, et je suis en train d'explorer la chose, qu'il pourrait, et je le mets au conditionnel parce que, si ce n'est pas le cas, on va y aller, il pourrait y avoir des obstacles légaux. C'est tout. C'est

le seul secteur où on n'est pas allés. On y est allés, là, pour certains achats de groupe dans certains médicaments, dans certaines catégories. Mais, dans les gros, gros, gros ensembles, les gros secteurs, là, où il y a la masse, on n'y est pas encore allés, entre autres, dans le générique, mais on va y aller à un moment donné si les obstacles qu'on me met sur la table peuvent être levés.

Alors, la technique des achats regroupés, qui n'était pas une technique qui était préconisée par nos prédécesseurs, mais qui était préconisée largement, qui a été développée sous les années libérales... Les premiers achats auxquels je fais référence, c'était en 2003, M. le Président. Moi, en 2001, là, je pensais pouvoir avoir tout réglé ça avant 2003, mais la bureaucratie a fait en sorte que ça a commencé en 2003. Mais, sous le gouvernement libéral de 2003 à 2012, là, il y en a eu, des économies, et là on va reprendre le collier, là, puis il va y en avoir d'autres, et je ne vois pas de domaine où on ne pourrait pas s'adresser à ça de cette manière-là, parce qu'on a les équipes gouvernementales pour le faire, et manifestement, à date, le milieu médical a collaboré. Un bon sujet, ça, et c'est un sujet qui permet à avoir des économies. Alors, quand on annonce des économies, dans nos crédits, de 30 millions, là, parce que, de mémoire, c'est ça qu'on annonce, 35 millions, il n'y a aucun doute dans mon esprit qu'on va les faire, puis j'espère même aller en chercher plus, M. le Président.

Le Président (M. Schneeberger) : Merci, M. le ministre. Alors, nous n'avons plus de temps, le bloc est écoulé. Alors, pour la dernière fois aujourd'hui, nous passons du côté de l'opposition officielle, et la parole est à la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, nous avons eu l'occasion de parler... le député de Saint-Maurice a parlé de la loi qui a découlé du projet de loi n° 10. Le ministre l'a évoquée également à plusieurs occasions. C'est sûr que, pour les citoyens, ce qui a été proposé, ce qu'on a demandé et ce qu'on espère obtenir de ce projet de loi n° 10, c'est plus de fluidité, et un des déterminants pour ça, c'est une meilleure informatisation. Ce que les gens espèrent, c'est, quand ils vont se présenter chez un médecin, qu'il soit leur médecin de famille, que ce soit au CLSC, que ce soit dans un centre de réadaptation, que ce soit à l'urgence, que ce soit quand ils voient un spécialiste... Quand on va arrêter de courir après l'information sur les examens qui ont déjà été passés, sur les délais qu'on attend, qu'on ne trouve pas? Quand est-ce qu'on va avoir une carte qui va être efficace et qui va amener énormément d'économies? Parce qu'il y a beaucoup de duplications, de tests qui sont répétés parce qu'on ne réussit pas à avoir accès aux données de laboratoire qui ont déjà été faites ou pour des tests qui ont déjà été faits et des tests d'imagerie. Donc, énormément de délais, énormément de temps, de coûts humains, de coûts de professionnels de la santé simplement à rattraper cette information-là.

Donc, les gens se demandent quand ils vont pouvoir se présenter avec une seule carte, une carte qui ne sera pas par hôpital, qui ne sera pas par établissement où ils se présentent, une seule carte et où l'ensemble de l'information qui les concerne va être rassemblé.

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

M. Barrette : M. le Président, le sujet qu'aborde la députée de Taillon est un sujet très pertinent, et ça me permet de m'interroger sur les raisons pour lesquelles ça a pris tant de temps à passer le projet de loi n° 10; le projet de loi n° 10 vise ça.

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

Mme Lamarre : Alors, on parle d'une standardisation de l'informatique, je ne crois pas que ça ait fait l'objet de nombreux articles dans le projet de loi n° 10, mais je parle d'opérationnalisation, quand est-ce qu'on va activement avoir une carte, que les gens qui nous écoutent à la maison vont dire : Je voudrais avoir une carte où je vais avoir une concentration, où je vais avoir des garanties que les trois établissements du CHUM communiquent entre eux et partagent l'information, que l'ensemble des établissements sur mon territoire. Alors, quand? La question, c'est : Quand? Quelles sont les étapes et quand?

M. Barrette : M. le Président, ça va se faire et ça va se faire rapidement, c'est déjà commencé, ces démarches-là, M. le Président. Quand on a débattu sur le projet de loi n° 10, qui a évolué à la vitesse d'une tortue, là, mais une tortue paralysée, là, plus lentement qu'une tortue, là, c'est de l'intégration, c'est ça qu'on visait. Je l'ai dit en commission parlementaire. Le projet de loi n° 10, ça visait aussi à faire en sorte que le patient, sur son territoire, ait un seul dossier, une seule carte. Au moment où on se parle, les gens ont à travailler là-dessus dans les administrations. Alors, moi, je suis très étonné que la députée de Taillon s'émeuve et revendique une date, alors que, quand c'était le temps d'aborder le projet de loi n° 10 et de l'adopter, bien là on marchait à la vitesse petit v, style zéro.

Mme Lamarre : Question de règlement, s'il vous plaît!

Le Président (M. Schneeberger) : Sur quel motif?

Mme Lamarre : Oui. Qu'elle s'émeuve, là... je n'accepte pas que le ministre prête des intentions émotives à un député, qu'il soit femme ou homme.

Le Président (M. Schneeberger) : O.K. M. le ministre, on garde un respect, s'il vous plaît. Merci, M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, je continue. La députée de Taillon, avec énergie, veut que le projet de loi n° 10 ait des effets le plus vite possible. Bien, je reçois ça positivement, mais il aurait fallu, pour avoir l'effet encore plus rapidement, le faire adopter rapidement. Puis c'est la même affaire pour le projet de loi n° 20. Est-ce que la députée de Taillon veut plus d'accès plus vite? Alors ça, il faudrait accepter de faire passer le projet de loi n° 20 plus vite. C'est ça qu'elle fait, la loi n° 10, M. le Président, elle est en application, là. Alors, ce n'est pas ce soir que toutes les mises à jour vont être faites, mais ça va arriver, c'est sûr que ça va arriver.

Maintenant, encore une fois, on tombe dans la demande d'une date, bien, je vais demander la même date que j'ai demandée tantôt. Quand la députée de Taillon va-t-elle nous dire ce qu'elle veut enlever du panier de services et de la liste de médicaments et quand va-t-elle nous permettre d'adopter la loi n° 20?

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

Mme Lamarre : Alors, M. le Président, on comprend que le ministre est incapable de dire quand nous aurons une carte unique qui sera fonctionnelle au Québec. On ne lui demande pas ça dans deux mois, on lui demande juste de nous donner une appréciation. À partir du moment où la loi n° 10 est en vigueur, est adoptée, il semble avoir tous les mécanismes à sa portée. Il a le contrôle sur tout maintenant, alors il devrait être en mesure de nous dire approximativement, je vous donne un trois mois d'écart, quand on va être capables d'avoir cette conciliation de l'information et ces gains d'efficacité, parce qu'il y a des gains économiques majeurs à ça. Donc, vous devez avoir un plan. On a demandé régulièrement d'avoir un plan de transition, un plan d'intégration et un plan d'informatisation. Donc, je pense que, vraiment, c'est important que vous nous répondiez avec une perspective du temps que vous considérez que ça va prendre.

• (17 h 50) •

M. Barrette : M. le Président, encore une fois, on est dans les procès d'intention. La députée de Taillon vient de le dire, là, je le cite, M. le Président, je la cite : Le ministre a le pouvoir sur tout. Le ministre n'a pas le pouvoir sur tout. Aux dernières nouvelles, il y a des P.D.G. dans les CISSS, il y a des conseils d'administration éventuels dans les CISSS et les CIUSSS. C'est à eux de prendre ces décisions-là. Je l'ai dit très clairement, puis elle le sait, elle l'a entendu à moult reprises : C'est un projet de loi où on donne des orientations. L'orientation, elle a été donnée, et c'est aux gens, dans leurs organisations territoriales, de livrer la marchandise, et ils sont imputables, parce que, s'ils ne la livrent pas, bien, il y aura des conséquences, c'est assez clair. Alors, pourquoi la députée a-t-elle ce ton-là? C'est un ton méprisant, M. le Président, c'est méprisant. Je n'ai pas ça, là, tous ces pouvoirs-là. Par contre, j'ai le pouvoir de l'orientation. Alors, comment peut-elle arriver ici, M. le Président, et exiger des dates?

Alors, parlons de dates. Le 15 mai, M. le Président, il va y avoir un nouveau chef au Parti québécois, qui a des orientations en santé. Est-ce qu'elle peut nous dire qu'au 15 mai elle va se lever en Chambre et nous dire quels services elle veut enlever du panier de services et quels médicaments elle va enlever de la liste? Est-ce qu'elle va pouvoir s'engager à nous dire qu'au 15 mai elle va faire ça? Ça, c'est une question légitime de ma part. On est ici pour débattre et discuter de. Ce n'est pas un interrogatoire de salle de cours, là. Qu'elle nous dise quand... on le sait, c'est le 15 mai, mettons. Qu'est-ce qu'elle va enlever, qu'est-ce qu'elle propose?

Le Président (M. Schneeberger) : Merci. Je souhaiterais juste adoucir le ton. Il reste quelques minutes à la séance, alors j'apprécierais beaucoup qu'on finisse ça sereinement. Merci.

M. Barrette : Moi aussi, M. le Président, j'espère que ça va finir sereinement, mais, dans les procès d'intention, je pense qu'il doit y avoir une intervention de votre part qui devrait être faite, là.

Le Président (M. Schneeberger) : M. le ministre, s'il vous plaît! S'il vous plaît, M. le ministre! Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Écoutez, je veux juste souligner que la carte, normalement, elle devrait avoir une portée nationale, être centralisée et non pas avoir... j'imagine ce ne sera pas une carte par CISSS ou par CIUSS, parce que, si le patient doit se déplacer à l'extérieur de son CISSS, il ne pourra pas avoir accès à l'information.

Mais maintenant on va passer davantage aux coûts. Dans le cadre de nos questions, la question de l'opposition officielle dans le volume 1, nous avons transmis une question, à la page 221, la question 97, qui dit : Quels sont les coûts de changement de nom, de logo, de cartes professionnelles, du site Internet et tout autre coût de transition qui sont liés à la réforme au niveau de la signalétique, l'affichage des CSSS qui doit être transformé en affichage des CISSS ou des CIUSS, même des affichages parfois sur la rue, sur les routes, mais l'affichage à l'interne aussi? Et on a obtenu comme réponse : «Aucun coût n'a été signalé au ministère de la Santé et des Services sociaux pour ces changements.» Alors, j'aimerais qu'on m'explique un peu qu'est-ce qui est prévu pour les coûts, parce que, de toute évidence, il y en a, et je crois que ces coûts-là doivent transparaître quelque part dans le budget.

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

M. Barrette : M. le Président, on a demandé aux gens du réseau d'épuiser, par exemple, leur papeterie, là, tout ce qui était essentiellement administratif, alors les coûts auxquels fait référence la députée de Taillon sont des coûts qui sont liés à des fournitures, ce sont des fournitures de bureau. Alors, on a demandé aux gens d'épuiser simplement leur

parc de fournitures et ensuite de se mettre à jour, et ça, ce ne sont pas des coûts supplémentaires, c'est simplement de commander des nouvelles enveloppes, du nouveau papier, de la nouvelle signalisation en fonction de ça. Maintenant, pour ce qui est des logos devant les institutions, on l'a dit, les institutions gardent leur nom, ce sont des installations. Alors, on ne fait pas face à une vague de changement de tous les panneaux devant les installations. Il pourrait y avoir peut-être certains ajustements, mais à ma... C'est ma compréhension des choses que, dans les budgets actuels, ces choses-là peuvent être faites. Alors, c'est la raison pour laquelle il n'y a pas de coût qui a été signalé.

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

Mme Lamarre : Bien, écoutez, ça m'apparaît un peu étonnant, parce que c'est sûr que, juste au niveau de l'adresse, on ne pourra pas utiliser du papier avec la mauvaise adresse pour répondre aux gens. Dans le cas du CISSS de la Montérégie, c'était à Pierre-Boucher, là c'est rendu à Saint-Hyacinthe, j'imagine qu'il faut quand même que les gens passent un peu plus rapidement, il y a des gains d'efficience à garder puis une corrélation avec quelque chose qui est la bonne référence lorsqu'on veut que les gens se rendent, les logos aussi, mais je laisserai tantôt le ministre répondre à ça, mais il y a aussi l'informatisation des dossiers. Donc, je reviens à l'informatisation des dossiers et à la conciliation de ces dossiers-là. Normalement, les gens qui se sont intéressés aux dossiers cliniques informatisés estiment que les coûts seront autour... entre 500 millions et 2 milliards de dollars. Est-ce qu'il y a eu une provision qui a été prévue pour cette informatisation-là? Quels sont les montants qui ont été prévus dans le budget pour au moins commencer, activer cette informatisation-là?

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

M. Barrette : M. le Président, je veux juste quand même terminer sur la première partie du préambule de la députée de Taillon. Les hôpitaux ne gardent pas en stock six mois de papier, là. Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne, là, d'une part. Et, d'autre part, les agences sont abolies, mais les déménagements ne sont pas tous faits. Et il y a des locaux d'agences, dans certains CISSS, qui restent à la même place, là. Tout le monde ne déménage pas. Alors, ça serait vraiment, vraiment une exagération de penser qu'il va y avoir des problèmes de cet ordre-là.

Maintenant, pour ce qui est de l'informatisation, là, au moment où on se parle, il y a un état de situation qui est fait. Et là j'aimerais ça que la question soit un petit peu plus précisée, parce qu'on demande des provisions d'informatisation, mais à propos de quoi spécifiquement, là?

Mme Lamarre : Bien, ce qui préoccupe beaucoup la population, M. le ministre, c'est que les données de chaque citoyen soient regroupées le plus rapidement possible. Moi, dans le projet de loi n° 20, je vous ai entendu parler d'utiliser l'informatisation de la RAMQ pour mesurer les quotas des médecins puis être capable d'évaluer, d'apprécier s'ils rencontraient ou non leurs quotas, la pondération, les taux d'assiduité. Je ne suis pas sûr que, pour les citoyens, à ce moment-ci, là, c'est ça, la priorité. Eux, ils voudraient bien, en tout cas, voir que l'information qui les concerne quand ils arrivent à l'hôpital, qu'ils sont inconscients, qu'on puisse avoir rapidement accès à leurs médicaments, à leurs examens qu'ils ont passés, à leurs examens radiologiques. C'est ça qu'ils voudraient. Ils voudraient, quand on accompagne une personne âgée qui n'est pas capable de se souvenir de tous les tests qu'elle a passés, de ses prises de sang, bien, qu'à ce moment-ci on soit capables facilement d'avoir accès à ça, ce qui n'est pas le cas. Dès qu'on change d'un endroit à un autre, entre un CLSC et un CHSLD, une clinique d'urgence, on n'a pas accès à ça.

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

M. Barrette : M. le Président, écoutez, je suis déçu, pour la population, d'entendre la question, parce que la question laisse entendre, suggère que, parce qu'il y a la loi n° 10, là, parce qu'elle est en application, ce qui est existant va disparaître. La question suggère, là, qu'à partir de maintenant l'accès aux données cliniques du patient pour chaque patient quand il se présente dans un établissement, il va avoir des problèmes d'accès. Ça n'a rien à voir, M. le Président. Aujourd'hui, là, les données qui existent pour vous, pour moi, pour Mme la députée, pour ceux qui nous écoutent existent, ne changent pas de place, vont rester là. Il n'y a absolument aucun danger à cet effet-là. La population n'est pas... Et, si elle est inquiète, c'est parce qu'il a quelqu'un qui les inquiète. La population ne peut pas aujourd'hui être inquiète d'avoir accès à ses données cliniques aujourd'hui en allant dans un hôpital, elles sont déjà là.

Le 1er avril, ces données-là n'ont pas changé de place. Elles sont encore là. Dans certains cas, c'est des données analogues, là, en papier, dans certains cas, c'est numérique, mais elles sont encore là puis elles vont rester là. Et aujourd'hui, au moment où on se parle, M. le Président, les données, pour la plupart, sont consignées en double aussi dans un DSQ, dans un dépôt central qui existe et qui va bientôt être finalisé pour tout le Québec et pour toutes les données. Et ça n'arrêtera pas. Et non seulement ça n'arrêtera pas, mais ça va la rendre disponible partout sur le territoire.

Alors, aujourd'hui, la question laisse entendre qu'il y a un problème. Il n'y a pas de problème. Il y a le début d'une nouvelle ère où, oui, tout va être fluide d'un établissement à l'autre. Oui, ça, c'est vrai que ça va arriver. Ça, c'est vrai que la problématique d'une donnée qui n'est pas dans un CLSC mais qui est à l'hôpital va être disponible dans le CLSC. Ça, c'est vrai que ça va arriver. C'est ça qu'on fait. Mais la donnée ne va pas disparaître. Alors, à la question, à la question, M. le Président, et je réponds précisément à la question qui est posée, M. le Président, la députée de Taillon a dit : Les gens s'inquiètent parce qu'ils vont se présenter et ils n'auront pas accès à leurs données. La donnée, là où elle a été produite, elle est là aujourd'hui, ne va pas disparaître demain. Et j'insiste pour rassurer la population, contrairement à ce que laisse entendre la députée de Taillon, aucune donnée n'est en péril, aucune donnée n'est... Toutes les données sont

accessibles. Et, oui, avec la loi n° 10, nous allons mettre en place les mesures structurelles qui vont faire en sorte que la donnée va être rendue disponible partout : à l'hôpital, au CLSC, en CHSLD, dans le bureau du médecin. Ça, c'est l'amélioration par rapport à aujourd'hui, mais aujourd'hui ça fonctionne correctement, comme avant, mais pas idéalement comme bientôt.

Le Président (M. Schneeberger) : Pour un temps de trois minutes, Mme la députée de Taillon.

• (18 heures) •

Mme Lamarre : Oui. Alors, écoutez, je pense que le ministre retient certains éléments de mon information, mais, s'il était à la place des gens et qu'il se rendait dans une clinique médicale d'urgence le soir, il verrait que les informations ne circulent pas. Ce patient-là, quand il va dans une clinique d'urgence, on ne réussit pas à savoir qu'est-ce qu'il a eu comme examen dans la semaine. Ça arrive, là, qu'il y a des choses qui se sont passées dans la semaine, le patient a déjà été à l'hôpital, il a passé... Alors, je n'ai pas jamais dit qu'on annulerait les informations de ce qui était dans l'hôpital, je n'ai pas jamais dit ça. Ce qu'on parle depuis le début, de la valeur ajoutée du projet de loi n° 10 au niveau de l'intégration; cette intégration-là, pour les citoyens, elle se traduit concrètement par le fait qu'on va avoir plus de facilité à avoir de l'information sur lui quand il se présente à un nouvel endroit pour obtenir des soins de santé. Et c'est cette dimension-là que le ministre ne semble pas vouloir aborder, c'est une volonté... On n'est pas en situation où on cherche des coupables, on cherche des solutions pour la population. La population, elle veut que ça, ça arrive le plus vite possible, elle veut que ses médicaments soient partagés, elle veut que l'imagerie médicale, le «scan» qu'elle a passé, soit partagée rapidement, elle veut que les analyses de laboratoires soient partagées rapidement, elle veut que, quand on voit un médecin, on passe du temps pour parler de ses problèmes de santé et non pas pour essayer de déchiffrer tout ce qui a pu se produire dans les six mois qui ont précédé au niveau de sa santé.

C'est une priorité pour la population et ça doit se traduire dans des priorités, dans des urgences au niveau de l'informatisation du système de santé. Et c'est ça que les gens demandent, M. le Président, c'est ce à quoi ils ont besoin, c'est ça qu'ils priorisent et c'est ça qu'ils vous diraient. Si vous les rencontriez, là, ils vous diraient : C'est ça qu'on veut qui arrive le plus rapidement possible, c'est là qu'il faut mettre de l'argent. Il faut mettre la priorité sur cette information partagée. On veut des systèmes qui se parlent. Et actuellement les systèmes ne se parlent pas et les systèmes ne se parlent pas assez vite, et donc on voit très bien la difficulté que les gens ont.

Alors, ce qu'on comprend, c'est que le ministre ne veut pas nous dire, à ce moment-ci, quand ça va être complété, cet arrimage entre les services d'imagerie, entre les tests de laboratoire et les médicaments. C'est une question tout à fait réaliste, très concrète, très positive. C'est une question qui amène une réponse précise.

M. Barrette : ...si vous arrêtez de parler, je vais vous répondre. C'est-à-dire ça, votre question?

Le Président (M. Schneeberger) : M. le ministre, 30 secondes.

M. Barrette : Parce qu'il reste 30 secondes, M. le Président. Nous, on fait ce que le Parti québécois a été incapable de faire. Alors, je vais vous en donner, des dates. Il y a 1 515 pharmacies sur 1 859 qui alimentent le DSQ, et la fin du déploiement, c'est le 30 juin 2015. Il y a 96 laboratoires sur 126 qui alimentent le DSQ pour 91 % des tests. La cible, c'est 100 % pour décembre 2015. Il y a 80 cliniques de radiologie sur 155 qui l'alimentent. La cible, c'est 100 % pour juin 2015...

Le Président (M. Schneeberger) : M. le ministre, excusez-moi, étant donné l'heure...

M. Barrette : Mais, M. le Président, les insinuations, parce que ce sont des insinuations que la députée fait...

Le Président (M. Schneeberger) : Alors, M. le ministre... je lève les séances et je remets... Les travaux de la commission sont ajournés à demain, mardi, 10 heures, où nous poursuivrons l'étude du portefeuille sur la santé et les services sociaux. Merci.

(Fin de la séance à 18 h 3)