



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le lundi 3 mai 2010 — Vol. 41 N° 40

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

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Yvon Vallières**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries, de l'énergie et des ressources naturelles	50,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture et de l'éducation	100,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des relations avec les citoyens	25,00 \$
Commission de la santé et des services sociaux	75,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

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

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires 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 3 mai 2010 — Vol. 41 N° 40

Table des matières

Organisation des travaux	1
Demande de directive concernant la répartition du temps de parole pour l'étude des crédits en commission	2
Document déposé	2
Santé	
Remarques préliminaires	2
M. Yves Bolduc	2
M. Bernard Drainville	4
M. Gérard Deltell	7
Discussion générale	7
Consortium retenu pour le projet de construction du Centre universitaire de santé McGill	7
Réalisation des projets de centres hospitaliers universitaires de Montréal (CHUM)	9
Décision de la présidence sur la demande de directive concernant la répartition du temps de parole pour l'étude des crédits en commission	11
Discussion générale (suite)	13
Dossier de santé du Québec	13
Prescription électronique des médicaments	15
Financement du système de santé	16
Personnel-cadre du ministère	17
Financement du système de santé (suite)	17
Budget discrétionnaire du ministre	19
Système d'archivage et de transmission d'images en radiologie	19
Télesanté	20
Infirmières praticiennes spécialisées	21
Dossier de santé du Québec (suite)	22
Centre de recherche du CHUM	23
Plan d'action en santé mentale	27
Mobilité des médecins	30
Participation des médecins au régime public de santé	31
Mobilité des médecins (suite)	31
Participation des médecins au régime public de santé (suite)	32
Centre de recherche du CHUM (suite)	33
Plan d'action en santé mentale (suite)	34
Répartition régionale des crédits du ministère	37
Service d'hémodynamie sur la Rive-Sud de Montréal	38
Allocation budgétaire au Centre de santé et de services sociaux du Suroît	39
Prestation de services ambulanciers	40
Santé mentale en milieu carcéral	41

Autres intervenants

M. Pascal Bérubé, président suppléant

M. Éric Caire

M. Marc Picard

M. Germain Chevarie

M. Jean D'Amour

Mme Maryse Gaudreault

M. Gilles Lehouillier

M. Guy Leclair

* M. Clermont Gignac, ministère de la Santé et des Services sociaux

* M. André Delorme, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le lundi 3 mai 2010 — Vol. 41 N° 40

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

(Quatorze heures six minutes)

Le Président (M. Bérubé): À l'ordre, s'il vous plaît! Je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Alors, mon nom est Pascal Bérubé, je suis député de Matane et j'agirai comme président de la séance d'aujourd'hui.

Je vous rappelle le mandat de la commission. La commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2010-2011.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. D'Amour (Rivière-du-Loup) remplace Mme Rotiroti (Jeanne-Mance—Viger) et M. Drainville (Marie-Victorin) remplace Mme Poirier (Hochelaga-Maisonneuve).

Organisation des travaux

Le Président (M. Bérubé): Merci, Mme la secrétaire. Je vous propose de procéder selon une discussion d'ordre général sur le volet Santé, de répartir les interventions en blocs de 20 minutes comprenant les questions et les réponses et de mettre aux voix les programmes 1, 2 et 4 à la fin de l'enveloppe de temps de 14 heures allouée à ce volet. Est-ce qu'il y a consentement pour procéder de cette manière?

Afin de favoriser le plus grand nombre d'échanges, je vous invite à formuler des questions et des réponses brèves.

M. Caire: M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): Oui, M. le député de La Peltrie.

M. Caire: ...directive. Avant l'attribution des blocs, M. le Président, nous aimerions savoir le pourcentage des temps de parole que vous entendez accorder à chacun.

Le Président (M. Bérubé): Alors, pour l'ensemble des groupes, M. le député de La Peltrie?

M. Caire: Pour l'ensemble des intervenants autour de cette table, M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): Très bien. Alors, ce qui est prévu, c'est: pour l'opposition officielle, c'est...

Une voix: ...

Le Président (M. Bérubé): Je vais préciser d'abord pour les députés indépendants, je crois que c'est le sens de votre question, alors, ce qui est prévu...

Une voix: ...

Le Président (M. Bérubé): Alors, de façon très précise, pour les députés indépendants, c'est 1,5 % du temps de parole, ce qui représente 12 min 4 s.

M. Caire: Est-ce que je peux savoir sur quelle base cette décision-là a été prise?

Le Président (M. Bérubé): Alors, M. le député de La Peltrie, il y a une décision de la présidence du 26 avril dernier, que je vais vous lire, sur cette question-là. Alors, je cite le président à l'époque: Je vais maintenant rendre une directive concernant le partage du temps lors de l'étude des crédits en commission. Au début de la Trente-neuvième Législature, le partage du temps pour l'étude des crédits 2009-2010 s'est déroulé de la manière suivante: 50 % du temps fut dévolu au groupe parlementaire formant le gouvernement; 38 % au groupe parlementaire formant l'opposition officielle; 10 % au deuxième groupe d'opposition; et 2 % au député indépendant de Mercier.

Relativement au temps imparti au député de Mercier, une entente conclue entre ce dernier et l'opposition officielle lui a permis d'utiliser son temps en blocs à des moments précis déterminés à l'avance.

À la suite de la décision, en novembre 2009, des députés de La Peltrie et de Chutes-de-la-Chaudière de siéger comme députés indépendants, la présidence a rendu deux directives, les 10 et 11 novembre 2009, établissant que les mesures de contrôle et les temps de parole qui devaient leur être dévolus devaient l'être à partir de ceux dont bénéficiait jusqu'alors le deuxième groupe d'opposition. Suivant ces directives et conformément à la réunion des leaders tenue, le 20 avril 2010, en vertu de l'article 285 de notre règlement, la répartition du temps pour l'étude des crédits 2010-2011 se fera de la manière suivante: 50 % du temps sera octroyé au groupe parlementaire formant le gouvernement; 38 % au groupe parlementaire formant l'opposition officielle; 7 % au deuxième groupe d'opposition; 2 % au député de Mercier; et 1,5 % chacun aux députés de La Peltrie et des Chutes-de-la-Chaudière.

La présidence de l'Assemblée a invité les groupes d'opposition à négocier ensemble avec les députés indépendants afin de s'entendre sur une répartition du temps au sein des blocs déterminés d'avance, comme ce fut le cas l'an dernier. Un accord a d'ailleurs été conclu à cet égard entre le député de Mercier et le groupe parlementaire formant l'opposition officielle.

Et, en terminant, en l'absence d'une telle entente entre les députés de La Peltrie et des Chutes-de-la-Chaudière et les groupes d'opposition, les députés de La Peltrie et des Chutes-de-la-Chaudière auront chacun droit au temps de parole que je viens de vous indiquer, c'est-à-dire 12 min 4 s, pour un équivalent de 1,5 %. Voilà, M. le député de La Peltrie.

M. Picard: M. le Président.

● (14 h 10) ●

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Chutes-de-la-Chaudière.

**Demande de directive concernant
la répartition du temps de parole
pour l'étude des crédits en commission**

M. Picard: Donc, je comprends, à la lecture de la décision du président, que l'Assemblée a accepté le principe d'échange de temps. Donc, je dois vous informer que j'en suis venu à une entente avec le député de La Peltrie et que je vais lui céder mon temps pour la présente commission. C'est suite à des négociations. Donc, j'aimerais déposer le document qui confirme cette entente.

Document déposé

Le Président (M. Bérubé): Alors, on va prendre connaissance de votre document. Ça nous prendrait le consentement pour un tel arrangement. Consentement, M. le député de Chauveau? M. le député de Marie-Victorin également? Côté gouvernemental également?

Une voix: Pour le dépôt, évidemment.

Le Président (M. Bérubé): Dépôt, oui. On va en prendre connaissance, prendre quelques instants. Alors si vous permettez, la secrétaire va en prendre note, et puis on vous reviendra un petit peu plus tard. On va commencer tout de suite la séance. Ça vous va?

M. Caire: M. le Président?

Le Président (M. Bérubé): Oui.

M. Caire: Juste pour comprendre: Vous allez nous dire plus tard si c'est accepté ou on prend pour acquis que c'est accepté?

Le Président (M. Bérubé): ...ça ne sera pas tellement long.

Une voix: ...

Le Président (M. Bérubé): Vous pouvez le fermer. Avant, puisque nous travaux ont commencé à 14 h 7... 14 h 6, c'est bien cela, est-ce qu'il y a un consentement pour poursuivre la séance au-delà de l'heure prévue, c'est-à-dire 18 heures, juste avant?

Une voix: 18 h 6.

Santé

Remarques préliminaires

Le Président (M. Bérubé): 18 h 6 pour s'ajuster. Consentement? Ça va?

Une voix: ...

Le Président (M. Bérubé): ...les remarques préliminaires et, tout de suite après, on va vous revenir sur votre demande, M. le député de Chutes-de-la-Chaudière. Ça va?

Alors, nous allons débiter par les remarques préliminaires. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, à vous la parole pour un maximum de 15 minutes.

M. Yves Bolduc

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Chers collègues membres de la Commission, j'aimerais d'abord vous présenter les représentants de mon cabinet et du ministère qui m'accompagnent aujourd'hui pour cette première séance de travaux de l'étude de nos crédits 2010-2011: M. Vincent Lehouillier, directeur de cabinet; M. Guillaume Lefèvre, directeur de cabinet adjoint; Mme Hélène Chouinard, conseillère spéciale; M. Sébastien Bonneau, conseiller spécial; M. Gilles Descôteaux, attaché politique; M. Jean-Guy Côté, attaché politique; M. François-William Simard, attaché politique; M. Jacques Cotton, sous-ministre; Mme Lise Verreault, sous-ministre adjointe à la coordination, au financement, aux immobilisations et au budget; M. Michel Delamarre, sous-ministre adjoint au personnel réseau et ministériel; Dr Alain Poirier, sous-ministre adjoint à la Santé publique; M. Denis Lalumière, sous-ministre adjoint à la planification stratégique, à l'évaluation et à la qualité; M. Bernard LeFrançois, sous-ministre adjoint aux technologies de l'information; M. Sylvain Gagnon, sous-ministre adjoint aux Services sociaux; M. Jean-Guy Lemieux, sous-ministre adjoint aux affaires ministérielles et institutionnelles; Dr Michel Bureau, directeur général des services de santé de médecine universitaire; M. Daniel Gaudreau, directeur des communications; M. André Giguère, secrétaire général du ministère; Mme Dominique Breton, adjointe exécutive du sous-ministre; M. Clermont Gignac, directeur exécutif des projets CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine.

M. le Président, comme vous le savez, j'en suis à mon second cycle d'étude des crédits budgétaires du ministère. Et, comme l'an dernier, je tiens à assurer les membres de la commission de mon grand souci de transparence. En démocratie parlementaire, le pouvoir exécutif est imputable devant le pouvoir législatif. L'une des façons de rendre des comptes, c'est la période des questions à l'Assemblée nationale, à laquelle je me prête bien volontiers, tout en étant conscient que les limites de temps nous empêchent parfois d'aller au fond de choses dans ce contexte particulier. Ici, par contre, nous avons toute la latitude pour étudier en détail tel programme ou telle activité du ministère ou du réseau, et je ferai naturellement ma part pour fournir les éclaircissements voulus aux députés membres de la commission.

Si la réponse n'est pas disponible immédiatement, nous ferons le nécessaire pour la trouver et la fournir aux députés dans les meilleurs délais possible. Je veux par ailleurs faire preuve non seulement de transparence, mais aussi d'écoute, puisqu'une saine diversité des points de vue ne peut qu'enrichir le processus de prise de décision et de gestion. En d'autres mots, je souhaite que nos travaux se déroulent véritablement en mode dialogue.

Cela dit, j'aimerais procéder aujourd'hui en deux temps. D'abord, présenter les crédits dans leur ensemble en expliquant les choix qui les sous-tendent ainsi que l'orientation budgétaire que notre gouvernement propose pour les prochaines années. Ensuite, je ferai le tour de quelques grands dossiers en matière de fonctionnement, comme du côté des immobilisations.

Cet exercice revêt une importance particulière pour le portefeuille de la Santé et des Services sociaux étant donné l'ampleur des sommes allouées. Comme ma collègue la présidente du Conseil du trésor l'a annoncé le 30 mars dernier, le budget des dépenses en Santé et Services

sociaux s'établit cette année à près de 28 milliards de dollars, plus précisément 27 967 000 000 \$. Nous avons fait passer le budget total de la Santé de 17 milliards de dollars, sous le Parti québécois en 2003, à 28 milliards de dollars cette année, comme je viens de le mentionner.

Il s'agit donc d'une augmentation de 11 milliards de dollars annuellement en comparaison avec ce que le PQ accordait au réseau. Cette somme est allouée à plus de 98 % à deux grands programmes: celui des fonctions régionales, qui comprend entre autres les budgets de tous nos établissements, et celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui comprend notamment les services médicaux et pharmaceutiques. Par rapport à la dépense probable de l'année dernière, on enregistre une augmentation de 988 millions de dollars ou 3,7 %. La hausse constatée s'explique pour à peu près la moitié par les augmentations de rémunération prévues pour le personnel du réseau et les professionnels de la santé ainsi que par les variations au chapitre des régimes de retraite.

Encore cette année, nous finançons l'augmentation des coûts de système, qui correspond en quelque sorte à la hausse naturelle des coûts pour un volume égal de services. Comme à chaque année, nous avons prévu des budgets pour les coûts de système spécifiques à la santé, par exemple, la hausse du coût des médicaments en établissement ou encore les effets du vieillissement de la population. Nous avons aussi inscrit aux crédits une somme de 25 millions pour le fonctionnement des nouvelles installations et des nouveaux appareils inaugurés en cours d'année.

Sous l'angle du développement, le budget comprend les sommes nécessaires à l'implantation progressive, à partir de la fin de juin, du nouveau programme de procréation assistée, conformément à nos engagements sur la gratuité de ce type de services. Comme vous le savez, M. le Président, le projet de loi n° 26 visant à encadrer les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée a été sanctionné le 18 juin 2009, et le volet réglementaire sera très bientôt complété.

Pour en revenir au budget, si nous adoptons une perspective temporelle plus longue qu'une simple comparaison par rapport à l'an dernier, force est de constater que la part de la Santé et des Services sociaux dans les dépenses de programmes est passée de 31 % il y a 30 ans à 45 % aujourd'hui. Si cette tendance devait se confirmer au cours des 20 prochaines années, les deux tiers du budget de l'État seraient alors accaparés par ce champ d'activité. Ce serait évidemment disproportionné compte tenu des autres responsabilités qui incombent au gouvernement. Notre objectif consiste à stabiliser la hausse de nos dépenses de programmes en santé à 5 %, ce qui est inférieur à ce qu'on avait constaté au cours des années précédant la récession, soit 6,3 %. Cela suppose deux choses: trouver des sources de financement novatrices et gérer plus efficacement. Nous proposons, dans les prochains mois, la mise en place du Fonds pour le financement des établissements de santé à partir de la contribution santé qui sera perçue, à compter du 1er juillet prochain, à la hauteur de 25 \$ pour 2010. C'est un moyen simple et efficace de procurer un financement stable au réseau sans demander un effort démesuré à chaque contribuable.

Comme nous l'avons aussi annoncé, nous mènerons des consultations sur l'implantation, d'ici deux ans, d'une éventuelle franchise pour orienter la consommation des

services, une formule à laquelle beaucoup de pays ont déjà recours sans conséquence fâcheuse. La forme que prendra cette franchise n'est pas encore arrêtée, mais nous avons déjà précisé qu'elle ne doit pas entraver l'accès ni représenter un fardeau disproportionné pour les personnes les plus vulnérables.

Je signale que le fonds devrait fournir dès cette année 180 millions de dollars aux établissements, ce qui s'ajoutera aux crédits budgétaires proprement dits. Ces sommes serviront notamment à renforcer les services de première ligne, à permettre le développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée et à soutenir différentes initiatives propres à améliorer la performance du système.

Pour améliorer cette performance, nous miserons sur trois stratégies complémentaires: premièrement, la mise en place d'une démarche globale d'optimisation des processus de travail dans chaque établissement, en particulier selon l'approche «lean healthcare»; deuxièmement, une rationalisation des infrastructures technologiques et informatiques, notamment par le déploiement du dossier de santé électronique, comme je l'ai annoncé la semaine dernière; et troisièmement nous procéderons à une révision de la gouvernance du réseau aux paliers national, régional et local.

● (14 h 20) ●

Je signale par ailleurs que certaines mesures de resserrement budgétaire sont déjà en vigueur dans le réseau. Pour les activités de nature administrative, on ne remplace désormais qu'un poste sur deux à la suite de départs à la retraite. J'insiste sur le fait que ce resserrement des effectifs ne s'applique aucunement aux activités cliniques ou aux services directs à la population.

Les dépenses de publicité, de formation et de déplacement sont d'ores et déjà réduites de 25 % par rapport à l'an dernier.

La masse salariale pour les activités administratives du réseau est gelée jusqu'en 2013-2014 tandis que les dépenses de fonctionnement, toujours de nature administrative, devront être réduites de 10 % en trois ans.

Je vous rappelle aussi que les primes au rendement des hors cadres sont suspendues pour les deux prochaines années, comme le premier ministre l'a lui-même rappelé à l'Assemblée nationale la semaine dernière.

Voilà pour le survol que je voulais faire du contexte budgétaire général non seulement de l'année financière qui s'engage, mais aussi des années qui vont suivre. Nos choix à cet égard sont placés à l'enseigne de la responsabilité ainsi que de la détermination à assurer la pérennité de nos acquis. Oui, nous demanderons un certain effort de la part des contribuables, mais il reste que le gouvernement fera largement sa part à la hauteur de 62 % par un meilleur contrôle de ses propres dépenses et de celles des réseaux publics.

Cela dit, j'aimerais aborder quelques thèmes particuliers au cours des prochaines minutes, en commençant par une belle réussite collective, la campagne de vaccination de l'automne dernier. La vaccination demeure le moyen le plus efficace pour prévenir la grippe A (H1N1) et elle a contribué, avec d'autres mesures, à diminuer la morbidité et la mortalité ainsi qu'à maintenir l'offre des services de santé. La campagne de vaccination contre la grippe pandémique a débuté le 26 octobre 2009. Un maximum de 314 sites de vaccination ont été mis en fonction. Au total,

plus de 4 418 000 Québécoises et Québécois ont reçu le vaccin, pour une excellente couverture vaccinale de 57,3 %.

En tenant compte de la disponibilité des vaccins, de l'épidémiologie observée et des recommandations des experts, une première séquence de vaccination a touché des sous-groupes de population considérés comme les plus à risque. Parmi eux, je mentionne notamment que les enfants âgés de six à 59 mois ont été vaccinés dans une proportion de 79 %. De plus, près des deux tiers des femmes enceintes, soit au moins 63 %, ont été vaccinées. Je rappelle que les publications scientifiques ciblaient tout particulièrement ces dernières comme groupe à risque en raison de probables complications pouvant survenir durant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse. Dès que ce fut possible, l'offre de services a été étendue à toute la population. Le gouvernement du Québec est très fier de ce qui a été accompli pour protéger la santé de la population face au danger que représentait le virus de la grippe pandémique.

Par ailleurs, nous avons poursuivi nos efforts des dernières années pour améliorer l'accès aux services médicaux, aussi bien pour la première ligne que pour les interventions médicales spécialisées.

Pour la médecine de famille, nous allons de l'avant avec l'implantation des formules complémentaires que sont les groupes de médecine familiale et des cliniques-réseaux. Les patients profitent ainsi d'un accès amélioré aux consultations médicales courantes, tandis que les médecins et infirmières témoignent unanimement des avantages du travail d'équipe qui caractérisent ces deux formules.

D'autre part, la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne poursuit ses travaux depuis maintenant un an. Nous avons aussi mis en place un comité de travail sur l'attractivité et la valorisation de la carrière en médecine de famille. Nous voulons nous assurer qu'une proportion suffisante d'étudiants en médecine choisissent cette forme de pratique, alors même qu'on constate toujours un certain biais vers les spécialités. Nous poursuivons par ailleurs notre travail relatif à la garantie d'accès pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Nous visons aussi une réduction des délais pour les autres types de chirurgie.

Deux ans après la mise en place du mécanisme central de l'accès, les données du système SIMASS nous permettent de bien documenter les délais d'attente pour une chirurgie au Québec. Nous soutenons les établissements dans une démarche d'optimisation qui inclut: la révision des processus pour une saine gestion de la liste d'attente, le cheminement optimal de la requête opératoire ainsi que la formation des responsables locaux et régionaux de l'accès.

Dans le domaine de la lutte contre le cancer, nous misons sur une organisation hiérarchisée des soins et services. Notre action repose sur des équipes interdisciplinaires comprenant notamment une infirmière pivot en oncologie. Celle-ci joue un rôle essentiel en assurant la liaison entre le patient, ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer. L'infirmière pivot en oncologie assume donc un rôle clé, notamment sous l'angle de la continuité des soins prodigués aux patients. Elle contribue en effet à ce que la personne atteinte de cancer et ses proches puissent obtenir une réponse adaptée à leurs besoins. Présentement, 220 infirmières pivots en oncologie sont déjà au travail au sein de nos équipes d'oncologie.

M. le Président, j'aimerais conclure ces quelques remarques en abordant la question des infrastructures puisqu'il s'agit là d'une autre des grandes priorités de notre gouvernement. Le plus grand chantier de toute l'histoire des infrastructures en santé au Québec, c'est la grande entreprise de modernisation de la médecine universitaire qui est en cours à Montréal. Ces investissements auront des répercussions bien au-delà des limites de l'île de Montréal, puisque la médecine universitaire a toujours une portée suprarégionale, voire nationale.

Le Président (M. Bérubé): O.K., il vous reste une minute à la période.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Nous renforcerons ainsi les moyens fournis à nos équipes qui pourront continuer à nous faire honneur dans les domaines des soins surspécialisés de la recherche, de la formation, de la relève et de l'innovation technologique. On sait que le chantier de construction du centre de recherche de l'Université de Montréal a été lancé le 25 mars dernier. Le centre ouvrira ses portes à l'automne 2013. La première phase du projet hospitalier du CHUM, soit la construction du nouveau centre hospitalier, sera complétée d'ici la fin de 2004.

Pour terminer, M. le Président, je veux seulement assurer les personnes ici présentes que nous collaborerons avec la plus grande transparence possible et avec des informations les plus complètes possible. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. Juste avant de changer de groupe, je veux dire au député de Chutes-de-la-Chaudière que la question est toujours en délibéré et, dès qu'on aura une réponse formelle à vous donner, on le fera après un bloc, soyez-en assuré.

Alors, on va passer au groupe formant l'opposition officielle. Je donne la parole au député de Marie-Victorin.

M. Bernard Drainville

M. Drainville: Merci, M. le Président. J'aimerais d'abord saluer mon vis-à-vis, M. le ministre de la Santé. Nous allons avoir beaucoup de désaccords dans les heures et les jours qui suivent, mais j'espère que, comme c'est notre habitude, nous saurons avoir ces désaccords dans le respect de nos fonctions respectives et sans jamais douter de notre volonté respective qui est d'améliorer le système de santé de nos concitoyens. Je pense que nous sommes animés par les mêmes intentions. Les moyens pour y parvenir, par contre, peuvent différer, et l'évaluation des résultats également peut différer, mais je tiens à vous réitérer le respect que j'ai pour vous et le respect également que j'ai pour la fonction que vous occupez et je ne sous-estime en rien la difficulté de cette tâche qui est la vôtre.

Je tiens également à saluer l'équipe des sous-ministres et des sous-ministres adjoints qui vous accompagnent. Je le redis à nouveau, le très grand respect, sinon l'admiration, que j'ai pour le travail qu'ils accomplissent quotidiennement. C'est un travail extrêmement important.

Je salue également les autres fonctionnaires et hauts fonctionnaires qui sont avec vous. Il y a également un certain nombre de dirigeants d'organismes qui sont liés d'une façon ou d'une autre au ministère de la Santé. Je les salue également et leur redis l'appréciation que nous

avons pour le travail qu'ils accomplissent pour la population québécoise.

Cela étant dit, l'heure est au bilan, M. le Président. Et le bilan, à notre avis, n'est pas très positif. En fait, le bilan que nous allons faire, il est passablement critique et il s'appuie sur des faits, il s'appuie sur des chiffres, il s'appuie sur des résultats qui sont quantifiés la plupart du temps par le ministre lui-même ou par le Vérificateur général, mais bref ce sont des résultats qui sont bel et bien étayés et qui démontrent que le gouvernement a échoué dans plusieurs dossiers de la santé.

Je vous rappelle, M. le Président, lorsque le député de Jean-Talon est devenu ministre de la Santé, le 25 juin 2008, il nous a déclaré, et je cite: «Il faut s'attendre à ce qu'il y ait beaucoup d'améliorations dans le réseau de la santé. [...] Mon expertise est reconnue dans la gestion des délais et des listes d'attente.» Malheureusement pour lui, M. le Président, l'attente ne cesse d'augmenter, l'attente à l'urgence notamment sur une civière. Alors que la durée moyenne de séjour était de 15,3 heures en 2005, elle est aujourd'hui de 17,6 heures. Ça, c'est les tout derniers chiffres, M. le Président, que nous avons obtenus dans les cahiers de crédits il y a seulement quelques jours de ça.

● (14 h 30) ●

L'attente, en fait, à l'urgence, la durée moyenne de séjour sur une civière, elle n'a jamais été aussi longue depuis que l'actuel gouvernement libéral est au pouvoir.

Le ministre dit: Écoutez, mon expertise, c'est la diminution de l'attente. Or, si on fait le tour des grands projets qui sont pilotés par l'actuel gouvernement et par l'actuel ministre, on a l'impression que partout l'attente ne cesse de s'accroître. On attend les nouveaux CHU dont les échéances ne cessent d'être reportées, dont les premières pelletées de terre ne cessent d'être reportées, dont les délais ne cessent d'être défoncés et les budgets avec.

On attend le Dossier de santé du Québec qui devait être en place cette année, en 2010. Chaque Québécois, M. le Président, devait avoir accès à un dossier de santé en 2010. Le ministre a annoncé, la semaine passée, en conférence de presse, tout content, tout heureux de lui-même, qu'il y aurait, c'est quoi? 10 pharmacies qui seraient liées maintenant au DSQ, qui feraient partie du dossier DSQ. M. le Président, 10 pharmacies, là, sur un total d'à peu près 200 dans la Capitale-Nationale, c'est à peu près 5 % des pharmacies, ça. 5 % des pharmacies de la région de la Capitale-Nationale vont faire partie du DSQ, alors que, cette année, M. le Président, ce n'est pas juste les pharmacies de la région de Québec qui devaient être liées entre elles, pas juste les 190 pharmacies qui devaient être liées entre elles, c'est l'ensemble des pharmacies du Québec qui devaient être liées entre elles à l'intérieur du Dossier de santé du Québec. Le ministre se réjouit du fait qu'il y en a 5 % à Québec, pas au Québec, à Québec.

Alors, on attend pour le DSQ, M. le Président, puis, je vous le dis, là, malheureusement, on risque d'attendre encore très longtemps, beaucoup trop longtemps alors qu'on a besoin de cet instrument-là pour augmenter l'efficacité de notre système de santé, pour diminuer les erreurs médicales, pour permettre aux médecins de famille de traiter plus de patients, jusqu'à 20 % plus de patients chaque jour, nous disent-ils, des chiffres qui sont corroborés par les médecins eux-mêmes qui nous parlent et par les associations qui les représentent.

Et je donne toujours ce chiffre-là, M. le Président: il y a autour de 20 % des Québécois qui n'ont pas de

médecins de famille, et les médecins de famille nous disent qu'ils pourraient traiter 20 % plus de patients s'il y avait un dossier de santé informatisé, ce qui veut dire que, si on avait un Dossier de santé du Québec qui était fonctionnel, on aurait, à toutes fins pratiques, réglé notre problème d'accès aux médecins de famille. On attend pour ça aussi.

On attend après les superinfirmières, M. le Président. Où est-ce qu'elles sont, les superinfirmières? L'Ontario est tellement en avance sur nous, c'en devient gênant. Ça fait des années qu'on les demande, ça fait des années qu'on nous les promet puis, là, on nous les promet encore, là, dans le dernier budget. On nous dit qu'il va y avoir finalement de l'argent. Mais parlez aux infirmières, puis elles vous disent: Hum! on ne sait pas trop encore comment ça va fonctionner, ça, là, là.

Et, si, M. le Président, on se contentait d'essayer de régler les problèmes existants, bon, ce serait déjà insuffisant, mais le problème, c'est que non seulement on n'est pas capables de régler les problèmes existants, mais on en ajoute de notre propre cru. Notre ministre de la Santé a la mauvaise habitude de créer des problèmes là où il n'y en a pas.

Je donne l'exemple, par exemple, de la controverse autour des cliniques d'avortement qui est survenue l'été passé. Venues de nulle part, M. le Président, on a des cliniques d'avortement qui menacent à ce moment-là, là, qui disent: On va fermer, parce que la réglementation que le ministre veut nous imposer est trop sévère. Alors, tout de suite, nous, on sort puis on dit: Écoutez, il y en a une, solution, il faut soustraire les cliniques d'avortement à l'application du règlement sur les CMS, sur les cliniques médicales spécialisées. Et là, M. le Président, des jours se passent, des semaines se passent, des mois se passent, et finalement le ministre se rend à nos arguments et dit: Très bien, effectivement, ça a du bon sens, on ne va pas appliquer le règlement des CMS aux cliniques d'avortement. Pourtant, il aurait pu faire ça dans les premiers jours, et ça nous aurait évité un psychodrame qui, à un moment donné, en a mené certains — et certaines surtout — à se poser la question quant à savoir si le gouvernement n'avait pas l'intention de diminuer l'accès à l'avortement.

On sait que c'est la mode ailleurs dans le reste du pays, au sein de certains gouvernements qui ont l'air à vouloir aller dans cette direction-là. Nous, on n'est pas de cette école-là, vraiment pas, mais, pendant quelques jours, on a craint que le gouvernement québécois était en voie de suivre les élucubrations idéologiques qu'on observe dans la capitale fédérale, là, ces temps-ci.

Autre crise qu'on aurait pu éviter, celle sur le cancer du sein, M. le Président. Ça faisait des années que les experts, les médecins eux-mêmes disaient: Ça prend un programme de contrôle de la qualité en matière de tests de pathologie. Le gouvernement a laissé traîner les affaires en longueur, et tout d'un coup on se retrouve avec encore une fois une crise qui inquiète beaucoup de femmes, à juste titre. Et là le ministre essaie de se dépêtrer pendant des jours, pendant des semaines, il essaie de rassurer avec plus ou moins de succès, pour finalement en venir à la conclusion que ça prend un programme d'assurance qualité, et là il l'annonce. On va d'ailleurs juger de ses résultats dans les prochaines journées. On va se questionner là-dessus. Mais pourquoi est-ce qu'il a fallu en arriver là, M. le Président?

Même chose avec la H1N1. Moi, je veux bien me réjouir avec le ministre du taux de vaccination de

notre population. Mais pourquoi a-t-il fallu cette confusion puis cette désorganisation qui a régné pendant les premiers jours, qui a suscité énormément de frustration? Ce n'était pas nécessaire. L'introduction d'un système de coupons encore une fois semblait évidente pour tous. Pourquoi est-ce que ça a pris autant de temps avant que le gouvernement ne la mette en vigueur... ne le mette en vigueur, dis-je bien, ce système de coupons?

Encore une fois, il y a cette difficulté, M. le Président, que nous observons, cette difficulté à gérer les situations complexes, les situations difficiles et parfois aussi une difficulté à exprimer clairement les directives, l'orientation ministérielle, une difficulté à dire clairement: Voici la direction dans laquelle nous voulons aller, voici les objectifs que nous poursuivons, voici les moyens que nous allons prendre en... que nous allons mettre en oeuvre pour atteindre ces objectifs. Difficulté au niveau du message, M. le Président, au niveau de la clarté du message. Et là, M. le Président... Il me reste combien de temps?

Le Président (M. Bérubé): ...minutes.

M. Drainville: Et là finalement, là, je vous ai parlé des problèmes qui persistent, je vous ai parlé des problèmes que le ministre a créés de toutes pièces, et là je vous parle, en terminant, du dernier budget qui est un peu la... qui est le — comment dire? — moi, j'allais dire la cerise sur le sundae mais je trouve que ça ne rend pas justice à l'énormité de l'erreur que le gouvernement s'apprête à commettre. Je dis «s'apprête à commettre», parce qu'il a annoncé les mesures budgétaires mais, dans la mesure où elles ne sont toujours pas en place, toujours pas appliquées, on a encore un petit espoir qu'il va reculer. Mais cette idée d'une contribution de 200 \$ que chaque patient va devoir payer, peu importe son revenu, cette idée d'un ticket modérateur, M. le Président, dont on n'a pas fait la preuve qu'il pouvait fonctionner...

Contrairement à ce que le ministre soutient, moi, je ne crois pas qu'il y ait quelque pays que ce soit qui ait démontré l'utilité d'un ticket modérateur dans des conditions similaires à celles qui existent chez nous. Non, je ne le crois pas, M. le Président. Je ne crois pas que le gouvernement ni le ministre ont fait la démonstration que ça pouvait se faire sans coûter une fortune à administrer. Et je ne crois pas, M. le Président, que le ministre a répondu à l'argument central contre cette mesure, contre le ticket modérateur, c'est-à-dire qu'il amène les gens à reporter le traitement, qu'il amène les gens à ne pas se faire soigner, si bien qu'on les retrouve en bout de ligne plus malades qu'ils ne l'auraient été autrement, et donc ils finissent par coûter plus cher au système de santé parce qu'ils ont retardé justement la visite chez le médecin, parce qu'ils ont retardé la visite à l'hôpital, parce qu'ils ne voulaient pas payer le ticket modérateur, parce que souvent ils n'avaient pas l'argent pour le payer, et donc on se retrouve avec des patients qui sont plus malades qu'ils ne l'auraient été autrement sans le ticket modérateur.

Et là-dessus, M. le Président, le gouvernement n'a toujours pas répondu à cet argument-là. Ils sont incapables de nous expliquer en quoi est-ce que le ticket modérateur va diminuer la pression sur les coûts en santé et va améliorer, surtout, la qualité de notre santé au Québec, de la santé du public québécois, de la population québécoise.

Et pourtant, M. le Président, il y en a, des mesures qu'on pourrait prendre pour diminuer les coûts. Moi, je l'ai soulevée la semaine dernière, la question du médicament générique. On peut épargner... on a refait les calculs à la lumière de ce que vous nous avez envoyé dans les cahiers de crédits. On arrive encore une fois autour de 300 millions qu'on pourra économiser parce que le médicament générique va coûter moins cher à l'Ontario et donc va coûter moins cher également au Québécois.

Même chose avec les agences privées d'infirmières, M. le Président, ça ne cesse d'augmenter, les coûts ne cessent d'augmenter. C'est de l'argent qu'on pourrait épargner. Il y a des cas au Québec. Le ministre était présent lorsqu'on a fait la démonstration que c'était possible de diminuer l'accès aux agences privées d'infirmières. En Gaspésie, ils l'ont démontré à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts d'une façon absolument extraordinaire, éclatante, éloquente. Il y a moyen de diminuer le recours aux agences privées d'infirmières. Pourquoi est-ce qu'on ne les prend pas, ces moyens-là? Je n'en sais rien, M. le Président.

Alors, si on voulait résumer l'action du ministre par un mot, ce serait le mot «échec». C'est un échec. Il a pris des engagements puis il n'a pas respecté ses engagements. Et notre travail, dans le fond, M. le Président, au cours des prochains jours, ça va être de questionner le ministre puis d'essayer de comprendre pourquoi est-ce qu'il a échoué sur tant de plans, dans tant de dossiers qui sont tellement importants pour notre population, puis essayer de trouver non seulement des explications mais, espérons-le, M. le Président, des solutions.

Parce que malheureusement on est pris avec ce gouvernement-là pendant encore trois ans, malheureusement. On espère que des circonstances surviendront qui feront en sorte qu'on pourra, M. le Président, les remplacer par un autre gouvernement, mais en tout cas. Selon les règles établies et dans des circonstances normales, on peut penser, là, qu'on est pris avec eux autres pendant encore trois ans, M. le Président, hein? Bien oui. Alors là, on en a pour trois ans, là, à essayer de régler ces problèmes-là, M. le Président. Et puis franchement on espère juste qu'ils vont commencer à les régler à un moment donné, parce que, sinon, ça va être à d'autres de s'en occuper, hein? Puis on risque d'être pris pour ramasser, M. le Président, les pots cassés comme on l'a fait par le passé.

● (14 h 40) ●

Le Président (M. Bérubé): En conclusion, M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Alors, en conclusion...

Le Président (M. Bérubé): Quelques secondes.

M. Drainville: ...on est là pour faire un travail de reddition de comptes, un travail de contrôle des dépenses, un travail de contrôle du travail du ministre, et c'est ce que nous allons faire dans les prochaines heures, dans les prochains jours, M. le Président. Merci.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le député de Marie-Victorin. Ça met fin à votre bloc de 15 minutes de remarques préliminaires. On va passer au groupe... au deuxième groupe d'opposition. Et, pour un bloc de cinq minutes au maximum, M. le député de Chauveau.

M. Gérard Deltell

M. Deltell: Merci infiniment, M. le Président. Ça me fait plaisir de vous saluer dans cette fonction qui vous sied très bien. Salutations à M. le ministre, que je salue, son personnel politique et administratif, et mes consoeurs et confrères députés.

Alors, M. le Président, au cours des prochaines heures, on va aborder la question fondamentale des finances du ministère de la Santé qui, comme on le sait, est le poste budgétaire le plus important. Le ministère de la Santé, c'est 28 milliards de dollars, c'est énormément d'argent. Et force est d'admettre que l'année 2010 sera une année charnière dans l'histoire du ministère de la Santé, mais pour une mauvaise raison. Parce que, pour la première fois, le gouvernement aura inventé un nouvel impôt plutôt que de faire l'effort nécessaire que les citoyens étaient prêts à faire. Ils étaient prêts à accompagner le gouvernement dans un effort de restructuration, dans un effort d'efficacité. Mais malheureusement le gouvernement a choisi ce que nous estimons être la voie de la facilité en allant chercher de l'argent dans les poches du monde, en créant ce nouvel impôt, cet impôt santé qui vise à aller chercher 200 \$ dans la poche du monde, et ce, peu importe votre revenu. Que vous gagniez 15 000 \$, ou 260 000 \$, ou 500 000 \$, vous allez devoir payer 200 \$ par année avec l'impôt santé créé par le gouvernement libéral.

Je vous le dis en toute franchise, M. le Président, j'ai été très surpris et déçu d'entendre tout à l'heure le ministre employer les mots: C'est une méthode simple et efficace, sans demander un effort démesuré au citoyen. C'est exactement le contraire. Et c'est pour ça que nos chemins se séparent, M. le Président, face au ministre, parce que nous estimons que des efforts, qui n'auraient pas été simples mais qui auraient été très porteurs d'avenir, qui auraient demandé beaucoup de courage, auraient dû être faits plutôt que d'aller chercher la voie la plus simple et la plus mesquine face aux citoyens, c'est-à-dire d'aller chercher l'argent dans les poches du monde.

Parmi cette façon de faire différente que, nous, nous proposons, bien, il y a trois chemins que nous proposons au gouvernement. Tout d'abord, revoir les structures. Nous estimons qu'au ministère de la Santé, avec les agences de la santé, avec les CSSS, avec les établissements, il y a énormément de structures dans le ministère de la Santé pour la gestion de la santé au Québec. Nous estimons qu'il y a des efforts qui auraient dû être faits là-dedans. Nous allons questionner le ministre pourquoi les efforts qui étaient tracés par les experts qu'ils ont eux-mêmes consultés n'ont pas été suivis.

Également, M. le Président, nous allons parler du financement par épisode de soins. Nous aurons l'occasion d'y revenir tout à l'heure, mais j'aimerais avoir une conversation avec le ministre là-dessus. Tout à l'heure, il a dit qu'il aimerait bien que ce soit sous forme de dialogue. Bien justement, nous allons dialoguer tout à l'heure sur la question du financement par épisode de soins, qui serait une nouvelle approche en termes de financement du monde de la santé au Québec, qui, à notre point de vue, permettrait une meilleure efficacité et ce que, moi, j'appelle un nivellement par le haut. On aura une discussion là-dessus. J'ai hâte de voir les commentaires et observations du ministre de la Santé.

Et aussi, M. le Président, vous le savez, notre parti politique est bien fier de le défendre, nous ne sommes

pas beaucoup, au Québec, en termes de partis politiques, à croire à ça, mais nous estimons que c'est l'avenue de l'avenir: il faut permettre plus de mixité à l'intérieur du ministère de la Santé par rapport à la gestion de la santé. Si on veut assurer la pérennité de la santé publique au Québec, il faut permettre davantage de mixité. Ça se fait dans le monde de l'éducation, nous estimons que c'est le seul chemin qui devrait être pris au Québec.

Aussi, M. le Président, un peu plus tard, nous parlerons également de la Régie de l'assurance maladie, qui a connu une augmentation assez forte de ses dépenses de 12,52 %. C'est beaucoup quand on sait que, de façon générale, les dépenses sont quand même très bien mesurées autour de 2 %, 3 %, 4 %. Là, on parle de 12,5 %. On aura une discussion là-dessus.

Et, si le temps le permet, M. le Président, nous aurons le plaisir de parler des bébés. Je vous laisse là-dessus, on s'en parle tout à l'heure.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le député de Chauveau. Alors, il vous restait quelque temps. M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, votre question est toujours en délibéré. On y revient dès que possible. On est à faire des vérifications qui s'imposent.

M. Picard: ...ma question.

Le Président (M. Bérubé): On l'a bien entendue, M. le député, et c'est pour ça qu'on veut lui donner une réponse tout aussi claire.

Discussion générale

Alors, nous allons maintenant débiter l'étude des crédits budgétaires, et je suis prêt à reconnaître M. le député de Marie-Victorin pour une première intervention.

Consortium retenu pour le projet de construction du Centre universitaire de santé McGill

M. Drainville: Merci, M. le Président. M. le Président, le 1er avril dernier, 1er avril 2010, *La Presse* nous a appris que Simard-Beaudry, compagnie qui appartient à Tony Accurso, construira le nouveau CUSM. J'aimerais citer *La Presse* du 8 avril 2009: «Le ministre du Revenu, Jean-Pierre Blackburn, a déclaré hier que des entreprises de l'homme d'affaires Tony Accurso étaient au centre d'une enquête pour évasion fiscale de 4,5 millions de dollars, impliquant la complicité présumée de quatre employés de l'Agence du revenu du Canada.» Fin de citation.

Le lendemain, dans *Le Devoir* du 9 avril 2009, l'article suivant, dont je cite quelques extraits: *Trois entreprises d'Accurso auraient tenté de déjouer le fisc.*

«Deux employés de l'Agence du revenu ont été arrêtés, deux autres, suspendus.

«Supercherie, mensonge et manoeuvre frauduleuse. C'est la voie qu'auraient empruntée trois des entreprises d'un des plus grands entrepreneurs du Québec, Tony Accurso, en versant près de 4,5 millions de dollars à deux entreprises fictives pour contourner le fisc canadien.

«Selon ce qu'a révélé hier l'Agence du revenu du Canada en conférence de presse, Simard-Beaudry Construction, Construction Louisbourg et Hyprescon auraient obtenu

des factures de complaisance de l'entreprise Entretien Torelli et de la compagnie à numéro 3703436 Canada inc. et ainsi réduit leurs revenus officiels entre 2005 et 2007. Or, ces deux entreprises dites «coquilles» n'ont aucune activité commerciale. Elles auraient servi de paravents pour camoufler le paiement de salaires au noir ou enrichir les participants aux infractions.» Fin de cet extrait du *Devoir* du 9 avril 2009.

M. le Président, en décembre dernier, l'Assemblée nationale du Québec a adopté une loi, la Loi prévoyant certaines mesures afin de lutter contre la criminalité dans l'industrie de la construction, qui prévoit notamment que la Régie du bâtiment peut suspendre ou annuler une licence lorsque le titulaire a été déclaré coupable d'une infraction à une loi fiscale ou d'un acte criminel. Il y a un an que l'on sait que Simard-Beaudry est sous enquête pour fraude fiscale. Quelles mesures de protection, M. le ministre, avez-vous prises pour permettre la construction du CUSM si jamais Simard-Beaudry perd sa licence d'entrepreneur de construction?

Le Président (M. Bérubé): Alors, pour votre réponse, M. le ministre.

● (14 h 50) ●

M. Bolduc: Bon. Bien, je remercie le député de Marie-Victorin. D'abord, je voudrais rappeler que nous sommes fiers, comme gouvernement, d'avoir annoncé la construction du CUSM. Ce n'était pas juste dans la tête des gens, on en a fait la première pelletée de terre, le terrain est prêt, les travaux sont commencés. Et, contrairement à ce que le député de Marie-Victorin a dit au début de l'étude des crédits, dans son allocation, on est un gouvernement qui a vraiment fait des choses intéressantes au niveau des CHU, ici, au Québec: le CRCHUM est lancé; le CUSM est lancé; l'Hôtel-Dieu de Québec est lancé.

Et je rappellerai au député de Marie-Victorin, qui a la mémoire très, très courte, que le PQ, il a fermé des hôpitaux à Montréal et puis on vit encore de la pénurie, entre autres dans l'Est de Montréal, de toutes les fermetures qu'ils ont. Et, si on a autant de difficulté dans la région de Montréal, c'est parce qu'ils ont mis le monde à la retraite, ils ont baissé les budgets puis ils ont fermé des hôpitaux.

Nous autres, on les construit, les hôpitaux, puis je lui rappellerai que, dans le dossier du CHUM, bien, ça a coûté des millions de dollars puis ils ont fait une pancarte qui n'a même pas été à la place où on va construire le vrai CHUM. Ça fait que peut-être que ce serait peut-être important que le député de Marie-Victorin retourne dans les archives des journaux puis voie que le dossier du CHUM, ça a été d'abord une saga du PQ, et l'histoire va dire que c'est le Parti libéral qui va l'avoir construit, et on va le terminer, le CHUM, et on va terminer le CRCHUM, on va terminer les travaux de rénovation de l'Hôtel-Dieu, puis on va terminer le CUSM.

Ça fait que je pense que c'est important de mettre les éléments en perspective et de voir les fins. Le député de Marie-Victorin fait des suppositions, maintenant, on travaille des faits, et comme de fait, il l'a dit, le contrat a été donné.

Le processus, c'est un processus qui a été extrêmement rigoureux, dans lequel il y avait deux consortiums internationaux, OHL, un groupe espagnol, et un groupe dirigé par le groupe SNC-Lavalin que j'espère que le député de Marie-Victorin ne remettra pas en question, parce que

SNC-Lavalin, c'est un de nos plus grands bâtisseurs au Québec puis une de nos meilleures entreprises.

Le consortium est formé de plusieurs compagnies, dont, entre autres, le groupe du SNC-Lavalin. Il y a sept compagnies qui font partie de la proposition. Si, en cours de route, une des compagnies ne peut plus réaliser sa partie de contrat, le consortium est responsable de les remplacer. Donc, pour nous, c'est un projet qui est sur les rails, c'est un projet qui ne cause pas de problème, et, advenant que le consortium a de la difficulté avec un des partenaires, à ce moment-là, ça devient la responsabilité du consortium de le remplacer. Et ce qui est intéressant, le député de Marie-Victorin le reconnaît maintenant, le dossier du CUSM avance très bien et le début de la construction s'est fait. Donc, le député de Marie-Victorin devrait nous féliciter plutôt que de critiquer, et, quand on parle d'attente, si eux autres s'étaient grouillés à l'époque, peut-être qu'on n'aurait pas attendu autant d'années.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, si le gouvernement libéral avait donné le feu vert aux travaux du CHUM tel nous les avons conçus, le CHUM serait déjà... le nouveau CHUM serait déjà construit et les malades seraient soignés à l'intérieur de l'établissement. Plutôt que de construire le nouveau CHUM, ils se sont chicanés entre eux, le premier ministre qui voulait aller à Outremont, finalement le ministre Couillard d'alors, qui voulait que ça se fasse au centre-ville, a obtenu raison, il a fait reculer son premier ministre, et tout ça, toutes ces discussions, cette chicane, ce chicage de guenille entre le premier ministre puis son ministre de la Santé ont mené au retard que nous connaissons.

Par ailleurs, M. le Président, j'aimerais rappeler au ministre, parce que, lui, c'est ses deuxième crédits, mais moi, c'est mes quatrième, M. le Président, là, j'aimerais lui rappeler qu'au 24 mars 2005, le CHUM devait coûter 1,1 milliard, il va finalement coûter 2,5 milliards, puis le CUSM devait coûter 1,1 milliard au 24 mars 2005, puis, aux dernières nouvelles, il va coûter 2,2 milliards. Dans les deux cas, ça a plus que doublé les coûts des deux mégahôpitaux du CHUM et du CUSM. Si j'étais à sa place, je me garderais une petite gêne.

Maintenant, je reviens à la question, M. le Président, puis je pense que ce n'est pas une question, comment dire, insignifiante, là. Il dit que les travaux ont commencé. Or, c'est ce gouvernement, M. le Président, qui a fait adopter une loi qui dit: Si jamais une compagnie se retrouve en état d'infraction à une loi fiscale ou commet un acte criminel qui sont reliés, évidemment, aux activités que la personne exerce dans l'industrie de la construction — ça, c'est l'article 58 de leur loi, M. le Président — bien, c'est quoi, la conséquence? La régie peut suspendre ou annuler une licence si le titulaire ne remplit plus les conditions requises par la loi pour obtenir une licence. Ça, c'est l'article 70. Il ne remplit plus ses conditions s'il y a infraction à une loi fiscale ou à une loi qui... ou enfin, au Code criminel.

Alors là, M. le Président, la seule réponse qu'il nous donne, c'est de nous dire: Ah! si jamais il y a un problème, c'est la responsabilité du consortium de le régler, ce problème-là. Là, ce qu'il est en train de nous dire, M. le Président, c'est qu'ils n'en ont pas, de plan B, ils n'en ont pas, de plan B. Si jamais Simard-Beaudry ou l'une des

deux autres entreprises qui font l'objet de l'enquête pour évasion fiscale sont condamnées, à ce moment-là, l'un des entrepreneurs dont on a besoin pour faire l'hôpital ne sera plus en mesure de faire l'hôpital, parce qu'il n'aura plus le permis de construction pour... la licence comme entrepreneur de construction pour pouvoir poursuivre les travaux, pour pouvoir poursuivre le travail.

Alors, je repose la question, M. le Président: Si jamais le permis est suspendu, si jamais la licence de M. Accurso est suspendue, vous allez faire quoi?

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

M. Bolduc: Le raisonnement du député de Marie-Victorin est très, très simpliste. C'est comme, s'il y a quelqu'un qui ne se présentait pas au travail, qu'on ne pouvait pas le remplacer.

Puis, juste une réponse rapide, M. le député de Marie-Victorin... M. le Président, que je fais au député de Marie-Victorin: si un sous-traitant dans une entreprise, dans un projet, ne peut pas faire le travail, on le remplace tout simplement. Ça ne remet pas en cause le projet.

D'ailleurs, la stratégie du député de Marie-Victorin, c'est de faire des insinuations, des allégations puis de démontrer que c'est un gros épouvantail. On fait peur au monde, on crée la crainte, on crée la suspicion. Mais, M. le Président, c'est évident, c'est un consortium international qui est dirigé par SNC-Lavalin. S'il y a un camion qui ne peut pas rentrer, on va recharger de camion. Ça fait que, s'il y a un entrepreneur qui, pour une raison x... il y en a en cours de route qui, dans un projet de quatre ans... il y en a, des entrepreneurs, qui vont venir travailler sur le chantier qui vont faire faillite, il y en a qui vont cesser, il y en a qui vont faire des infarctus, ça fait que j'espère que le député de Marie-Victorin ne pense pas que, si quelqu'un ne se présente pas au travail parce qu'il a fait un infarctus, le projet va arrêter. C'est ça qu'il est en train de nous décrire. Ça n'a strictement aucun bon sens.

Je demanderais peut-être au député de Marie-Victorin, durant ces crédits, d'avoir de la logique par rapport à ce type de question là, où c'est évident que, si un des partenaires du consortium se retire, les autres sont assez solides pour pouvoir le remplacer, et les travaux vont se continuer. Ce n'est pas parce qu'un camion brise qu'on va arrêter les travaux. Il y a d'autres camions qui vont rentrer sur le chantier.

Et là-dessus je voudrais peut-être rappeler au député de Marie-Victorin, qui a fait une allusion à notre gouvernement, puis je cite *La Presse*, 18 février 2000:

«Lorsque la ministre de la Santé [qui est actuellement la chef du Parti québécois] a annoncé en grande pompe le projet d'un nouvel hôpital ultramoderne pour le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le CHUM, nous avons exprimé des inquiétudes. Mais, presque un mois plus tard, le cafouillage dans ce dossier dépasse tout ce que nous avions pu imaginer[...].

«Les résultats ne se sont pas fait attendre. L'absence de consultation, indéfendable, a menée à une multiplication de critiques du choix de l'emplacement, qui méritent d'être entendues. La précipitation de la ministre, pour des raisons politiques, a mené à un projet bâclé. À tel point que la firme qui a choisi le terrain a oublié, petit détail, le fait qu'une voie ferrée passait à côté. Pour coiffer

le tout, la CHQ — qui est la Corporation d'hébergement du Québec — a attribué les contrats pour les études préliminaires d'une façon qui, sans être illégale, sent le copinage à plein nez.

«Tout cela a été assez foireux pour que la ministre reparte à zéro. Repartir à zéro, cela veut dire que [la chef de l'opposition] et son ministère doivent carrément se retirer du projet.»

M. le Président, ce que je viens de vous dire là, c'est... Qu'est-ce que disait tantôt le député de Marie-Victorin? Par chance que le Parti libéral a pris le pouvoir, parce que possiblement que le dossier du CHUM, il ne serait même pas encore commencé au Québec.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

● (15 heures) ●

M. Drainville: Oui, M. le Président, le ministre de la Santé s'offusque du fait que le projet prévu à l'origine était situé près d'un rail de chemin de fer, son premier ministre voulait installer le projet dans une gare de triage. Pas un rail, beaucoup, beaucoup, beaucoup de rails, dans une gare de triage, M. le Président, alors... Évidemment on n'en est pas à une incohérence près, M. le Président.

Pour ce qui est de sa comparaison entre le retrait de Simard-Beaudry et le bris d'un camion ou l'infarctus d'un employé, M. le Président, je vois que l'état des communications du ministre ne s'améliore pas, là. J'espère que ses comparaisons vont s'améliorer avec le temps, parce que décidément, là, de dire qu'un des six ou sept... que le retrait d'une des six ou sept entreprises qui constituent le consortium... que de dire que le retrait d'une de ces entreprises-là est l'équivalent d'un bris de camion ou d'un infarctus, c'est probablement de mauvais goût pour ce qui est de l'infarctus, puis, pour ce qui est du bris de camion, je laisserai aux gens qui nous écoutent le soin de juger de la pertinence de la comparaison, là.

Mais ce n'est pas vrai que tu peux construire un hôpital complexe comme celui-là dans des conditions que nous connaissons mal, dans un mode de construction pour lequel nous avons très peu d'expertise, le mode PPP, et de dire que, si jamais il y a un des sept qui tombe en incapacité de poursuivre les travaux parce qu'il est poursuivi en justice, ça, c'est l'équivalent d'un camion qui ne se présente pas pour livrer sa cargaison ou que c'est l'équivalent d'un employé qui fait un infarctus, là. Vraiment, là, ça manque de sérieux, et ça démontre à quel point, M. le Président, le gouvernement a une vision de la gestion qui est passablement limitée, dépassée.

Réalisation des projets de centres hospitaliers universitaires de Montréal (CHUM)

Parlant de gestion d'ailleurs, on va parler un petit peu du CHUM, du nouveau CHUM. Est-ce que le ministre, M. le Président, peut déposer aux membres de cette commission, peut remettre aux membres de cette commission, dis-je bien, la cédule des paiements au consortium, le calendrier de paiement pour le CHUM? Et j'en profiterais pour lui demander le calendrier de paiement également pour le CUSM et pour le projet de Sainte-Justine. Est-ce que c'est possible pour lui de nous déposer cette cédule de paiement? Elle existe sans aucun doute et, dans l'esprit

de transparence dont il nous a parlé tout à l'heure, je pense que ce serait d'intérêt public que nous le sachions.

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

M. Bolduc: Bien, nous allons faire les vérifications, parce que pour ce qu'il s'agit du CUSM, c'est un projet qui a été annoncé, qui est débuté à construire, pour le centre de recherche du CHUM également. Le CHUM, il y a encore des travaux à faire, et le consortium du CHUM n'a pas encore été choisi. Donc on n'a pas encore le prix final, ça fait qu'on ne peut pas dire non plus quel sera la cédule de paiement à ce niveau-là.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Bolduc: ...une autre information, c'est que ce n'est pas encore signé, finalisé. Donc, quand ça va être signé, ça va être rendu public, et puis on va le rendre disponible au député de Marie-Victorin sans aucune difficulté.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin, il vous reste environ cinq minutes.

M. Drainville: Donc est-ce que je comprends qu'il y a une cédule de paiement qui pourra être déposée pour ce qui est du CRCHUM et du CUSM?

M. Bolduc: Dès que la signature finale des contrats est faite, à ce moment-là, on va vous déposer la cédule des paiements.

M. Drainville: O.K. Mais vous avez annoncé le gagnant du concours, vous avez annoncé qui serait le consortium qui allait construire l'hôpital, puis vous nous dites que le contrat n'est pas signé?

Le Président (M. Bérubé): S'il vous plaît, juste pour des fins de déroulement, on va y aller dans l'ordre. Alors, M. le ministre, puis après vous me faites signe quand vous avez terminé.

M. Bolduc: Bien, habituellement il faut d'abord désigner le gagnant du concours, puis, après ça, il y a les détails techniques, et puis la préparation des contrats finaux, puis les signatures, mais c'est une question juste technique, là, ce n'est pas une problématique.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: O.K. M. le Président, je veux juste être sûr que je comprenne, là. On a donné le contrat mais on n'a pas signé encore le contrat, c'est ça?

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

M. Bolduc: De la façon dont on fonctionne, c'est que c'est deux consortiums. Il y a eu un comité de sélection. Le comité de sélection a fait la recommandation d'un groupe. Et une fois que la recommandation du groupe

est adoptée par le conseil d'administration, entérinée, à ce moment-là, il y a la finalisation des contrats qui doit être faite par les avocats pour s'assurer que tout est correct. C'est une protection pour le gouvernement d'aller dans les moindres détails.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Mais comment peut-on savoir que le prix que nous devons payer pour l'hôpital est final si le contrat, lui, n'est pas final, si le contrat n'a pas encore été négocié?

M. Bolduc: Ils se sont déjà engagés par écrit dans le dépôt, et puis la proposition a été reçue. Et ce qu'il faut voir, le contrat, c'est la finalisation des contrats par les avocats justement à l'acceptation de la proposition. Et vous comprenez qu'on ne signe pas la proposition avant d'avoir accepté et annoncé le gagnant du projet.

M. Drainville: ...que les contrats seront signés, et dans le cas du CRCHUM et dans le cas du CUSM, la cédule de paiement sera envoyée aux membres de cette commission?

M. Bolduc: Oui, elle sera disponible.

M. Drainville: Et la même chose pour le CHUM, le cas échéant, là, lorsque le gagnant sera annoncé et le contrat négocié, c'est ça?

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

M. Bolduc: Oui, c'est ça, c'est des documents qui vont être rendus disponibles.

M. Drainville: Seulement... Il me reste seulement deux minutes?

Le Président (M. Bérubé): Oui, exact.

M. Drainville: Le financement du fédéral pour le projet du CHUM, il doit être de 100 millions. Est-ce qu'on l'a, le 100 millions?

M. Bolduc: Bien, du côté du CUSM, il y a une... la fondation canadienne va remettre le montant pour le CUSM de 100 millions. Pour le CHUM, on est encore en attente, et puis on va... c'est quelque chose qu'on est encore en discussion avec le fédéral.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: On va attendre combien de temps, là? Parce que ça fait quatre... Je pense que j'ai posé cette question-là, M. le Président, à chacune des quatre périodes de crédits que j'ai faites jusqu'à maintenant comme porte-parole de l'opposition, et les quatre fois, je pense qu'on m'a répondu la même chose: on négocie, on discute avec le fédéral.

Est-ce qu'on va finir par avoir les 200 millions des fondations et les 100 millions du fédéral pour le CHUM? On va-tu finir par l'avoir, l'argent?

M. Bolduc: Nous avons eu l'argent pour la CUSM, donc...

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

M. Bolduc: ...c'est déjà une partie qui est obtenue. Et puis on s'attend à ce que le fédéral respecte son engagement par rapport au CRCHUM, le Centre de recherche du CHUM.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Est-ce que le ministre de la Santé peut nous dire combien la Fondation du CHUM a recueilli jusqu'à maintenant pour le projet du nouveau CHUM?

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

M. Bolduc: Je ne peux pas vous dire le montant exact parce que ça appartient à la Fondation du CHUM de dévoiler leurs engagements, mais on s'attend à ce qu'ils mettent le montant qui était requis, et puis ils ont encore quatre ans pour récolter l'argent. Et puis ce qu'on m'a dit, c'est que la fondation fonctionne bien. Et puis le fait d'avoir commencé le Centre de recherche du CHUM va donner un coup d'envoi aux donateurs.

Le Président (M. Bérubé): Juste avant, pour continuer, je vous demande d'attendre que je vous accorde la parole pour... lors de nos délibérations, même si les questions et les réponses sont courtes parfois. Ce serait apprécié également des gens qui nous écoutent. M. le député de Marie-Victorin, il vous reste une minute.

M. Drainville: Pour ce qui est de Sainte-Justine?

M. Bolduc: Bien, à ma connaissance...

Le Président (M. Bérubé): Oui, M. le député.

M. Drainville: ...

M. Bolduc: En ce qui concerne la fondation, à ma connaissance, ça va être... on pourrait vérifier là, ils ont récolté le montant nécessaire, qui était le montant qui était proposé. Et puis, du côté du fédéral, encore là c'est un projet qui doit être en discussion. Il faut comprendre que, pour aller chercher l'argent, ce sont des programmes fédéraux dans lesquels les établissements vont en appel d'offres. Le CUSM dans un premier temps avait réussi à avoir le montant nécessaire. Pour les deux autres établissements, ça va être des projets à développer. Et encore là on a encore quelques années pour aller récolter cet argent-là.

Décision de la présidence sur la demande de directive concernant la répartition du temps de parole pour l'étude des crédits en commission

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc de 20 minutes. Je suis maintenant prêt à vous donner quelques indications concernant la question du député de Chutes-de-la-Chaudière. Alors, écoutez, on a demandé vérification, mais à ce moment-ci je suis

en mesure de trancher cette question-là. La question était bel et bien à l'effet de pouvoir transférer un bloc du député de Chutes-de-la-Chaudière au député de La Peltrie. C'était bien cela, M. le député de Chutes-de-la-Chaudière?

M. Picard: Bien, le bloc, le temps qui m'était dévolu là, ce n'est pas des blocs, là, c'est quelques minutes, là.

Le Président (M. Bérubé): Alors, le temps. Alors, pour ce faire, j'aurais besoin du consentement de chacun des groupes et des membres de la commission, en fait. Et je vais le vérifier groupe par groupe. Alors, ça vous va? Consentement? Point de vue de l'opposition?

Une voix: ...

Le Président (M. Bérubé): Pour transférer le temps du député de Chutes-de-la-Chaudière au député de La Peltrie dans cette séance.

M. Drainville: ...pas consentement, M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): Il n'y a pas consentement?

M. Drainville: Et j'aimerais, si c'est possible, préciser en quelques secondes...

Le Président (M. Bérubé): Rapidement.

M. Drainville: ...la raison pour laquelle je n'accorde pas ce consentement, M. le Président. C'est... Je comprends très bien l'intention de mes deux collègues indépendants, mais ce n'est pas de mon ressort que de traiter de ce genre de demande. Ça aurait dû être discuté avec notre leader, le leader de notre formation politique. C'est de lui que relève cette responsabilité-là. Et c'est la raison pour laquelle je ne suis pas en mesure de consentir à la demande des deux députés, M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le député de Marie-Victorin. Comme il n'y a pas de consentement, je vais m'en tenir à la décision déjà prise par la présidence et maintenir sa décision pour les fins de la séance. M. le député de Chutes-de-la-Chaudière.

M. Picard: M. le Président, il me semble que j'ai entendu du député de Marie-Victorin qu'il y avait consentement au début, là. Il faudrait s'entendre, là.

Le Président (M. Bérubé): Dépôt, pour le dépôt de votre proposition.

M. Picard: Pour le dépôt? O.K.

M. Caire: M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Question de directive. J'entends votre décision, puis de le soumettre à la commission était votre droit. Ceci étant dit, je m'explique mal, M. le Président,

la démarche. Par exemple, le deuxième groupe d'opposition va bénéficier d'un temps qui est supérieur au pourcentage qui lui a été accordé. Je ne vous ai pas entendu, pour ce faire, demander le consentement de la commission. Et nous avons entre les mains un courriel qui dit que le député de Mercier, député indépendant de Mercier, va bénéficier, lui aussi, d'un temps supérieur au pourcentage qui lui a été accordé par votre décision. Or, je ne vous ai pas non plus entendu solliciter le consentement pour ce faire de qui que ce soit.

Donc, M. le Président, j'ai un peu de difficultés à comprendre la démarche: Pourquoi est-ce que c'est permis dans certains cas puis pourquoi est-ce que ça ne l'est pas dans d'autres cas? Or, M. le Président, selon l'article 41, vous avez rendu votre décision, je ne peux la contester, mais l'article 41 vous oblige aussi à me donner les motifs qui sous-tendent votre décision, et j'aimerais les connaître, M. le Président, en fonction de l'article 41.

● (15 h 10) ●

Le Président (M. Bérubé): Très bien, M. le député de La Peltrie. Écoutez, je vous réfère à nouveau à la directive, à la décision du président du 26 avril dernier, et à l'extrait en particulier qui fait référence aux ententes possibles entre les différents groupes. Alors, la présidence de l'Assemblée a invité les groupes d'opposition à négocier ensemble avec les députés indépendants afin de s'entendre sur une répartition du temps au sein d'un bloc déterminé d'avance comme ce fut le cas l'an passé. Il y a eu entente entre la deuxième opposition et l'opposition officielle, ce qui n'a manifestement pas eu lieu dans le cas présent. Alors, je vais m'en tenir à la décision prise le 26 avril et maintenir ma décision, M. le député de La Peltrie.

M. Caire: M. le Président...

Le Président (M. Bérubé): Oui.

M. Caire: Là-dessus encore une fois, j'ai besoin de votre directive, parce qu'il y a eu entente entre le député de Chutes-de-la-Chaudière et moi. Est-ce que vous êtes en train de dire que les seules ententes possibles sont entre l'opposition officielle et les autres groupes? Êtes-vous en train de dire, en bon français, que c'est l'opposition officielle à qui revient le droit de distribuer le temps de parole dans les commissions? Moi, j'ai compris que les groupes parlementaires et/ou députés indépendants pouvaient entre eux en arriver à des ententes. C'est ce que mon collègue de Chutes-de-la-Chaudière et moi avons fait. Alors, à partir de là, j'essaie de comprendre pourquoi l'opposition officielle et/ou le deuxième groupe d'opposition et/ou le député indépendant de Mercier ont des privilèges que nous...

M. Drainville: ...de règlement.

Le Président (M. Bérubé): Oui. M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: ...

Le Président (M. Bérubé): Je vais d'abord en disposer puis ensuite je vais vous donner la parole. Écoutez, M. le député de La Peltrie, je comprends que vous avez eu une entente avec votre collègue, mais rien ne vous empêchait d'avoir une entente avec le deuxième groupe

d'opposition et l'opposition officielle. Alors, en ce sens-là, c'était possible, c'était permis par la présidence, et je vais m'en tenir à nouveau à cette décision-là et, à la lumière aussi des arguments que vous m'emmenez, je maintiens ma décision. M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: ...au règlement. Le temps que nous sommes en train d'utiliser, là, pour le débat qui est soulevé par le député de La Prairie... de La Peltrie, je m'excuse, il est prélevé sur l'enveloppe de quelle formation politique?

Le Président (M. Bérubé): Il est sur l'enveloppe globale de l'ensemble des groupes.

M. Drainville: Bien là, votre décision étant prise et maintenue, d'après ce que je comprends, M. le Président...

M. Caire: ...

Le Président (M. Bérubé): Un instant, M. le député de La Peltrie.

M. Drainville: ...je souhaite que nous procédions maintenant avec l'étude des crédits, puisque nous sommes... On a entendu les arguments, là, mais là, actuellement, nous sommes tous...

M. Caire: ...

Le Président (M. Bérubé): Un instant, monsieur, je vais vous donner la parole. Ce ne sera pas tellement long.

M. Drainville: ... pénalisés, là. Je pense que...

Le Président (M. Bérubé): Un argument nouveau, M. le député de La Peltrie?

M. Caire: M. le Président, Je ne comprends pas, dans votre décision, et je repose ma question de directive, vous dites qu'il était possible d'avoir une entente avec le deuxième groupe d'opposition, c'est vrai; vous dites qu'il était possible d'avoir une entente avec l'opposition officielle, c'est vrai; mais j'imagine que ce droit-là, il était le même d'avoir une entente avec le député indépendant de Mercier et/ou le député indépendant de Chutes-de-la-Chaudière. Êtes-vous en train de me dire, M. le Président... Et n'oubliez pas, M. le Président, vous êtes le gardien de mes droits parlementaires, vous êtes le gardien des droits parlementaires de mon collègue des Chutes-de-la-Chaudière comme de tous les députés ici présents, M. le Président. La décision que vous prenez, là, c'est un précédent. Elle fait jurisprudence. Êtes-vous en train de dire, M. le Président, qu'un député indépendant n'a pas les mêmes droits qu'un député qui appartient à un groupe parlementaire? Êtes-vous en train de dire que seule l'opposition officielle a le droit de négocier avec les autres selon son bon plaisir? Êtes-vous en train de dire que le droit que vous accordez à l'opposition officielle de négocier du temps avec les autres oppositions, incluant les députés indépendants, les deux députés indépendants ici présents n'avons pas les mêmes droits?

Le Président (M. Bérubé): M. le député de La Peltrie, je rappelle à nouveau pour la dernière fois

que toute entente est possible avec les oppositions, non seulement avec l'opposition officielle, comme vous le précisez. Vous avez eu manifestement une entente avec un autre député indépendant. En aucun cas ça ne pénalise le temps de parole en tout cas du député de Chutes-de-la-Chaudière. Je maintiens la décision sur la base de ce qui a été rendu par la présidence et, en ce sens-là, je vais poursuivre l'étude des crédits avec le groupe formant le gouvernement. Je vous remercie et...

M. Caire: ...règlement. M. le Président, l'article 41 du règlement vous oblige à me donner, à invoquer les raisons de votre décision. Ça, c'est le règlement de l'Assemblée nationale. Vous y êtes tenu, M. le Président, au même titre que moi...

Le Président (M. Bérubé): M. le député de La Peltrie, je considère l'avoir fait en ma qualité de président et je vais poursuivre l'étude des crédits. C'est votre appréciation, c'est votre...

M. Caire: ...raison pour laquelle ce droit-là nous a été refusé, M. le Président. Article 41, M. le Président. Vous y êtes tenu.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de La Peltrie, je vous ai évoqué à deux reprises une décision rendue précédemment par la présidence de l'Assemblée nationale et, en ce sens-là, je mets fin à cette intervention-là et je poursuis l'étude des crédits, je poursuis l'étude des crédits avec un représentant du côté ministériel. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Caire: ...problème, mais vous avez...

Le Président (M. Bérubé): Vous n'avez pas la parole, M. le député de La Peltrie. M. le député de La Peltrie, je ne vous reconnais pas, je reconnais le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Picard: M. le Président...

Le Président (M. Bérubé): Je reconnais seulement M. le député des Îles-de-la-Madeleine. Vous pouvez commencer.

M. Picard: ...avoir votre décision écrite, s'il vous plaît, tout simplement.

Le Président (M. Bérubé): Ce sera fait avec un peu de délai, mais, oui, vous aurez une réponse écrite.

M. Picard: Le délai, ça veut dire avant la fin des crédits, j'espère.

Le Président (M. Bérubé): Vous venez de me saisir de cette demande-là d'avoir une réponse écrite, on le fera avec diligence.

M. Picard: Merci.

Discussion générale (suite)

Le Président (M. Bérubé): M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Permettez-moi de saluer le ministre de la Santé et des Services sociaux, également ses collègues ou ses collaborateurs, collaboratrices. Évidemment, je salue mes collègues des deux côtés de la table.

Et vous allez me permettre, M. le Président, de faire une petite introduction avant de poser ma question. Et j'aimerais rappeler que j'ai été actif dans le réseau de la santé et des services sociaux, sur le plan professionnel, pendant 32 ans, particulièrement à titre de directeur général d'un établissement de santé et de services sociaux, et je sais à quel point le défi est grand en termes de réponse aux besoins de soins et des services de santé des Québécois et des Québécoises. Évidemment, les besoins sont complexes, sont variés, et ça prend toute une équipe de médecins, de professionnels avec de la formation, de l'expertise, des équipements, particulièrement en haute technologie, des ressources financières pour répondre à ces besoins-là. Et le défi est grand, immense, mais le défi est relevé au quotidien, à partir des Îles-de-la-Madeleine jusqu'en Gatineau, et du nord au sud.

Évidemment, c'est des milliers d'interventions, de consultations, de soins de soutien à domicile, de services qui sont livrés au quotidien par des professionnels: médecins, pharmaciens, infirmières, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux, techniciens dans les différents secteurs d'activité des établissements de santé et de services sociaux, de préposés aux bénéficiaires. Évidemment, je qualifie... Et j'ai été à même de le constater avec l'expérience que j'ai vécue dans le réseau de la santé, M. le Président, que les soins et les services livrés par nos équipes sont sûres et de qualité.

Mais bien sûr la qualité et l'excellence, c'est un processus continu, et on y travaille. D'ailleurs, les processus d'agrément qui sont en cours et qui sont actualisés à tous les ans dans les établissements de santé et des services sociaux sont là pour atteindre cet objectif d'excellence, et on est bien conscients qu'il y a des améliorations à y apporter. Mais j'aimerais saluer... et profiter de cette commission parlementaire pour saluer tout le travail qui est fait, tout le dévouement, l'engagement, l'expertise, l'excellence qui est offerte par toutes les équipes du réseau de la santé et des services sociaux, à partir de notre ministre, de ses collaborateurs, du ministère, des agences de santé et de services sociaux et également, et également les établissements qui sont en lien direct avec la clientèle dans toutes nos régions.

Dossier de santé du Québec

Alors, M. le Président, je vais aborder la question du DSQ, le Dossier santé Québec. Et, avant de l'aborder comme tel, avant d'arriver à ma question, j'aimerais rappeler un grand spécialiste, un grand leader dans le domaine de l'informatique, Bill Gates, cet Américain qui disait, lors d'une conférence qu'il avait aux États-Unis... Il disait: Les années quatre-vingt-dix vont être la décennie de la qualité, mais les années 2000 seront le défi de la vitesse. Et bien sûr on est dans cette dynamique. La vitesse est importante dans à peu près tous les secteurs, en termes de capacité d'obtenir l'information, les renseignements le plus tôt possible. Et ça touche tous les secteurs de la vie d'une société, tant le secteur économique, industriel, municipal, industriel, je disais, de l'information également, et beaucoup d'autres secteurs.

Évidemment, le secteur de la santé n'y échappe pas. Le réseau de la santé a embarqué il y a quelques années dans ce processus de temps-réponse et, très souvent, l'objectif d'un temps-réponse en temps réel, ce qui n'est pas toujours possible, bien sûr. Donc, nous avons déjà entrepris dans le réseau de la santé un processus d'informatisation, et les premiers secteurs touchés ont été les services administratifs, les opérations comptables, la bureaucratie, bien sûr, quelques processus cliniques qui ont été touchés également.

Et, depuis deux, trois ans, on aborde le Dossier santé Québec. Et je dirais que, par rapport à tout ce processus d'informatisation, c'est fort probablement la pièce maîtresse de ce processus d'informatisation. Évidemment, l'objectif, c'est d'accroître l'efficacité, d'accroître la performance, d'accroître la productivité. D'ailleurs, notre collègue le député de Marie-Victorin, dans ses remarques préliminaires, mentionnait qu'effectivement l'objectif visé, c'est 20 % de plus en termes de productivité.

Alors, j'arrive à ma question, M. le Président, pour le ministre. Évidemment, l'informatisation du réseau, c'est une vaste opération, et c'est une opération qui demande du temps et de l'énergie. Et on en a parlé beaucoup dans les médias. Parfois, on s'impatiente. Mais je pense qu'on est allés par étapes, et on a pris tous les moyens pour s'assurer d'un succès par rapport au Dossier santé Québec. Alors, pour le bénéfice de nos auditeurs, pour le bénéfice des parlementaires et pour tout le monde, ici, à la commission, j'aimerais que le ministre nous parle un peu plus en détail de ce fameux dossier, du Dossier santé Québec.

● (15 h 20) ●

Le Président (M. Bérubé): ...M. le député des Îles-de-la-Madeleine et, à travers vous, vous me permettez de saluer les pêcheurs de homard de votre circonscription, qui ont lancé leur saison en votre compagnie et celle du premier ministre samedi dernier à 4 heures du matin. Ça méritait d'être dit. M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. Et puis, comme vous l'avez mentionné, le premier ministre était présent. Et puis, comme nous a dit le député des Îles la semaine dernière, c'était la première fois qu'un premier ministre du Québec faisait l'ouverture de la pêche au homard. Il faut rendre hommage à notre premier ministre, qui est très matinal, et qui a fait une activité, je pense, qui est très, très, très intéressante aux Îles-de-la-Madeleine. Et d'ailleurs je veux en profiter pour saluer les gens des Îles-de-la-Madeleine. D'ailleurs, j'ai travaillé là avec le député des Îles, dans son ancienne carrière. Et puis c'est un endroit qu'on gagne à connaître au Québec.

Je pense que, pour parler du Dossier santé Québec, il faut d'abord toujours commencer par dire que le réseau de la santé au Québec est déjà très informatisé à plusieurs niveaux. Je commencerais par dire qu'il y a trois grands niveaux d'informatisation, le premier, au niveau de l'établissement de santé. Et puis vous savez que, dans nos établissements de santé, les laboratoires, la radiologie, tout ce qui est administratif est déjà informatisé. Et, au niveau clinique, on a des débuts, dans plusieurs établissements, d'informatisation dont, entre autres, on parle de Montréal.

Deuxièmement, au niveau des cliniques médicales, les gens pensent que les cliniques ne sont pas informatisées, alors que tous nos groupes de médecine de famille sont déjà informatisés. Et certains utilisent un dossier médical

électronique, c'est-à-dire qu'ils peuvent prendre des notes dans un dossier électronique, et puis c'est numérisé.

Le troisième niveau, c'est la plateforme nationale. Ça s'appelle le Dossier santé Québec, dans lequel on va vouloir que les laboratoires, la radiologie et, comme nous avons commencé ce matin, les médicaments soient rendus disponibles à tous les professionnels de la santé qui traitent un patient, c'est-à-dire le médecin, le pharmacien et les autres professionnels.

Cette semaine, nous avons annoncé le projet, c'est-à-dire la poursuite du projet, alors qu'on va faire un déploiement au niveau de la région de Québec. Ce qu'il faut comprendre dans le Dossier santé Québec, ce qui a été long, c'est de développer la technologie, qui est une technologie qui va être sécuritaire, qui va être fiable et qui va permettre aux professionnels d'avoir l'information. Développer cette technologie-là a pris quelques années. Et maintenant on en est rendu au stade du déploiement.

Et, contrairement à ce que le député de Marie-Victorin a dit tantôt, alors qu'il minimisait l'importance de l'annonce de cette semaine, il faut comprendre qu'après un projet pilote, ce qu'on doit faire, on doit faire un déploiement progressif. Donc, nous avons organisé cette semaine... nous avons annoncé cette semaine qu'il y aurait 10 pharmacies et cinq cliniques médicales qui auraient le Dossier santé Québec. Une fois que ça va être consolidé, après ça, on va généraliser à la région de Québec.

En quoi va consister le Dossier santé Québec? Dans un premier temps, ça être l'accès aux médicaments pour les médecins, qui va leur permettre d'avoir, un, la médication exacte des patients. Deuxièmement, on va travailler pour qu'à l'automne soit rendu disponible un prescripteur, donc, ça va éliminer la problématique des écritures illisibles, ça va nous permettre également d'avoir un meilleur contrôle et de diminuer les erreurs. Donc, c'est la première partie du Dossier santé Québec.

En même temps, nous sommes en train de travailler pour être capables d'avoir des passerelles pour être capables d'aller chercher les tests de laboratoire. Et, au Québec, présentement, c'est déployé à 97 %, nous avons ce qu'on appelle les PACS, c'est-à-dire c'est toute la numérisation de la radiologie qui est rendue disponible. Donc, en gros, le Dossier santé Québec, ça va être une plateforme qui, à terme, va permettre à tous les utilisateurs du réseau de la santé d'avoir de l'information pertinente pour traiter les patients de façon adéquate, et c'est une information pertinente qui va être partagée.

Et, comme vous disiez tantôt, la vitesse est un enjeu du XXI^e siècle. Le Dossier santé Québec va rendre disponible en temps réel l'information sur un patient pour la radiologie, le laboratoire et les médicaments, quel que soit l'endroit où vous allez vous faire traiter. Donc, c'est vraiment un apport qui est important pour le réseau de la santé.

Le Président (M. Bérubé): M. le député des Îles-de-la-Madeleine, continuez.

M. Chevarie: Oui, merci, M. le Président. On l'a mentionné, un dossier comme celui-là d'informatisation, c'est un projet d'envergure, ça touche évidemment l'ensemble du Québec au niveau des soins de santé. Et le ministre, avec le ministre, a décidé en 2008 d'informatiser... de lancer le projet pilote dans la Capitale-Nationale pour vraiment tester, mettre à l'épreuve le Dossier santé Québec, et, je

pense, c'était une étape essentielle et nécessaire avant de penser au déploiement du Dossier santé Québec.

Et j'aimerais ça que le ministre puisse nous en dire davantage: Comment la Capitale-Nationale a été choisie pour faire cet exercice-là, cette expérience-là? Et également qu'est-ce qu'on voulait peut-être un peu plus précisément tester par rapport au DSQ avant de s'embarquer dans la prochaine phase qui est le déploiement? Et j'imagine qu'il y a eu des résultats assez intéressants à ce projet pilote là puisqu'on a décidé dernièrement d'annoncer le déploiement du DSQ?

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

● (15 h 30) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, il a fallu développer une nouvelle technologie, donc la technologie même du Dossier santé Québec. Et, comme je le disais il y a quelques minutes, c'est une technologie qui doit être fiable, et sécuritaire, et offrant vraiment peu de problèmes à l'utilisateur. La région de Québec a été choisie à cause de son emplacement puis la proximité également de la surveillance qu'on peut faire. L'avantage également de la région de Québec, c'est qu'on avait des professionnels intéressés à utiliser un dossier santé et également intéressés à le développer. Parce qu'il faut voir que, dans un projet pilote, comme tout projet pilote, il y a des correctifs à apporter et souvent il y a des améliorations qu'il faut faire. Donc, il faut avoir des gens qui soient prêts... qui sont prêts à pouvoir collaborer et qui ont un intérêt également en informatique.

Une fois qu'on a fait le projet pilote, ce qui a été fait, à ce moment-là, il faut faire un déploiement progressif, c'est-à-dire l'essayer avec plusieurs autres professionnels, et c'est ce qui a été fait, c'est ce qui a été annoncé cette semaine. Et, juste pour vous dire, j'avais des données ici pour vous démontrer la satisfaction au niveau du Dossier santé Québec, c'est: 91 % des professionnels sont d'avis que le Dossier santé Québec a contribué à la continuité des soins offerts; 91 % des professionnels ont pu mieux déterminer si l'utilisateur respectait ou non le plan de soins grâce au Dossier santé Québec; 85 % des professionnels croient que le Dossier santé Québec a amené un meilleur partage des données cliniques du patient entre eux; 82 % des professionnels ont vu leur travail être facilité grâce au DSQ; 70 % des professionnels soulignent que le DSQ a réduit leur besoin d'obtenir de l'information clinique d'un autre professionnel; 69 % des professionnels soutiennent que le DSQ leur a permis d'éviter les interactions médicamenteuses; et 67 % des professionnels considèrent que le DSQ a amélioré la qualité des services qui ont été rendus.

Donc, une fois qu'on a fait le projet pilote, maintenant on fait le déploiement. La prochaine étape, une fois que ceci va être consolidé, on va l'élargir à la région de Québec, et une fois que la région de Québec va être majoritairement faite, à ce moment-là, on va commencer à faire le déploiement au niveau des autres régions. Ce qui est important, c'est de construire sur des bases très solides. Si on voulait aller trop vite puis arriver avec des problèmes en cours de route, ça voudrait dire qu'il faudrait refaire un pas en arrière, tandis que la façon dont on a conçu le Dossier santé Québec, c'est un dossier qui avance bien, de façon progressive, dans lequel, au cours des prochains mois, on va voir une accélération du déploiement au niveau des cliniques et des pharmacies.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. M. le député de Îles-de-la-Madeleine à nouveau.

Prescription électronique des médicaments

M. Chevarie: Oui. Dans le Dossier santé Québec, on aborde la prescription électronique. On sait que c'est évidemment extrêmement important dans le cheminement de l'information en ce qui concerne toute la question des médicaments, du prescripteur, qui est le médecin, jusqu'au pharmacien et, après ça, le client qui se rend à la pharmacie pour aller chercher ses médicaments. Évidemment, c'est extrêmement important, et on sait que les... Souvent, les médecins sont pris dans des horaires très serrés. L'écriture n'est pas toujours très, très facile à comprendre, et ça peut occasionner des erreurs.

Ça, c'est un volet, mais l'autre volet, c'est que le prescripteur électronique permet la transmission de la prescription de façon très rapide, et on parlait tantôt de l'importance de la vitesse presque... l'objectif qui est visé, c'est presque le temps réel. Donc, c'est un volet du Dossier santé Québec qui est important, et toute la question de la médication, de la pharmacologie est extrêmement importante dans ce dossier-là et dans la prestation de soins également.

Alors, j'aimerais ça que le ministre puisse, M. le Président, nous parler justement du prescripteur électronique qui est intégré dans tout le volet DSQ.

Le Président (M. Bérubé): M. le ministre. Il reste environ trois minutes.

M. Bolduc: Oui. Merci, M. le Président. Bien, cette semaine, ce que nous avons fait... la semaine dernière, ce que nous avons fait comme annonce, ça s'est fait avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, et puis un des grands avantages qu'eux autres voyaient dans le Dossier santé Québec, c'était d'avoir un prescripteur électronique. Ce que ça veut dire, c'est que, quand le médecin va faire sa prescription, il va avoir accès à la médication réelle du patient. Il va... Ça va être facile au niveau de la prescription, mais, en plus de ça, ça va être une prescription qui va être lisible, donc diminuer les probabilités d'erreurs lorsque le pharmacien va remplir la prescription.

L'avantage également, c'est que ça va diminuer le nombre d'appels au niveau des professionnels, tout simplement parce que c'est plus facilement...

Là-dessus, je vais vous parler de mon expérience personnelle parce que, depuis 2004, moi, je faisais de la prescription électronique dans ma clinique et je peux vous dire que ça facilite grandement le travail. Un des avantages également, c'est que ça nous permet de toujours avoir la médication à jour du patient, diminuer les erreurs, également le patient est capable de lire ses médicaments sur sa prescription. Le pharmacien nous téléphone beaucoup moins souvent, et ça nous permet également, nous autres, d'être plus efficaces. Et puis, là-dessus, j'avais fait une présentation dans un colloque, où on avait mesuré le temps que ça me prenait pour faire des prescriptions à la main versus le temps pour le faire au niveau électronique, et je savais environ 90 secondes par patient. Ça fait que, si vous voyez 40 patients par jour à 90 secondes, bien, c'est une heure d'économie. Et c'est pour ça qu'on croit que le Dossier santé Québec doit être mis en application le plus tôt possible.

Mais, très important, c'est d'avoir également un dossier que l'on sait qu'il n'aura pas de difficulté à être utilisé par les professionnels, d'où l'importance d'avoir fait un bon projet pilote et présentement de faire un déploiement qui est progressif. Mais je pourrais vous dire qu'un des grands avantages que tous les professionnels trouvent au niveau du Dossier santé Québec va être la prescription électronique.

Le Président (M. Bérubé): Il reste une minute. Une question courte, une réponse courte. M. le député des Îles à nouveau.

M. Chevarie: Oui. Par rapport au prescripteur électronique, je veux juste tenter de comprendre le plus de détails possible puis permettre aussi à nos auditeurs de bien saisir tout l'impact et tout l'avantage de ce dossier-là puis de cette mesure-là qui est intégrée au DSQ. Je prends, par exemple, un client aux Îles-de-la-Madeleine qui se retrouve sur le continent et qui voudrait avoir sa médication avec une pharmacie à Québec, ici, dans la Capitale-Nationale, est-ce que c'est possible que le médecin puisse transmettre directement à un pharmacien à Québec, même si ce n'est pas la région d'origine du client?

Le Président (M. Bérubé): M. le ministre, courte réponse.

M. Bolduc: Oui. À terme, oui, parce que la façon dont ça va fonctionner, c'est, quand on va faire la prescription, ça va être sur un serveur et, avec un code d'accès, tout pharmacien au Québec va pouvoir y avoir accès. Donc, c'est une technologie qui va être très utile, là, quel que soit l'endroit que vous consultez votre médecin ou quel que soit l'endroit de votre pharmacie.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. On va maintenant passer au deuxième groupe d'opposition avec son chef et député de Chauveau pour 16 min 20 s parce qu'on a pris le temps du premier bloc qui n'avait pas été utilisé. Alors, à vous, M. le député de Chauveau.

Financement du système de santé

M. Deltell: Merci infiniment, M. le Président. Alors, M. le Président, tel que je l'ai annoncé dans les mots d'introduction, j'aimerais parler de finances et de financement justement de la santé avec M. le ministre et sous le thème ou enfin de la façon la plus facile, soit le dialogue.

Évidemment, nos chemins se séparent quand vient le temps de parler de financement, on le sait. Nous, nous estimons qu'on doit faire place plus grande à la mixité dans le système de santé. Là, vraiment, nos visions sont tout à fait différentes, mais je crois quand même, M. le Président, qu'il y a des ponts qu'on peut établir sur certains aspects et, comme je vous le disais tout à l'heure, plutôt que d'aller chercher 200 \$ de plus dans la poche des gens tel que le prescrit le budget de cette année, nous, nous estimons qu'il y a trois actions qui auraient dû être prises par le gouvernement avant de faire ça. D'abord, économie dans les structures du ministère de la Santé, financement par épisode de soins... de soins, pardon, et mixité. On parle d'argent, alors donc... Et mixité.

Concernant la mixité, c'est clair, nos chemins se séparent, mais abordons plutôt la question des structures et du financement par épisode de soins. M. le Président, le ministère de la Santé, c'est gros. On se comprend, quand on gère 28 milliards de dollars, on comprend que ça prend des gens pour gérer ça, ça coule de source. Là-dessus, on est d'accord.

On est d'accord, par contre... mais là où nos chemins se séparent, c'est sur la structure même. Je dois rappeler, M. le Président, aux parlementaires qu'en 2003 le Parti libéral s'était engagé à abolir les régies de la santé, régies régionales de la santé et, sept ans plus tard, les régies en tant que telles... le mot «régie», n'existe plus, mais la structure, elle, existe. On a changé le mot «régie» par le mot «agence». Je comprends, M. le Président, que le ministre actuel est membre de ce gouvernement depuis un peu plus de deux ans, donc ce n'est pas lui qui a été partie prenante à la décision de 2003 de faire un engagement et de ne pas le respecter plus tard, mais force est d'admettre qu'il défend les couleurs d'un parti politique qui s'était engagé à réduire la structure administrative, à abolir les régies régionales de santé et il les a maintenues.

M. le Président, un document a été publié dans le courant de l'hiver par des spécialistes qui avaient été consultés et nommés par le gouvernement pour analyser justement, entre autres, le ministère de la Santé et où des économies pouvaient être faites. Il a été dévoilé dans ce rapport-là qu'en terme de dédoublement seulement entre le ministère de la Santé et les agences régionales, ça a un coût de 600 millions de dollars. On comprend donc qu'il y a des économies à faire là puisqu'on parle de dédoublement.

Malheureusement, M. le Président, nous n'avons pas vu cet effort inscrit dans le budget avant d'aller chercher de l'argent dans les poches du monde. J'aimerais connaître de la part du ministre ses explications. Pourquoi l'effort qui aurait dû être nécessaire, qui aurait demandé du courage, qui aurait demandé aussi du brassage de cage, comme on dit, mais nécessaire pour l'administration publique, pourquoi cet effort-là n'a pas été suivi?

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le député de Chauveau. M. le ministre.

M. Bolduc: Je demanderais peut-être au député de Chauveau de revoir ses chiffres parce que le coût des agences au total pour tout le Québec, c'est 103 millions de dollars. Ça fait qu'on ne peut pas sauver 600 millions de dollars si le coût total au départ était de 103 millions de dollars.

Le document dont vous faites mention, ils sont allés chercher le chiffre au niveau fédéral, c'est un 600 millions de dollars pour l'ensemble des coûts de fonctionnement de toute la gestion, à tous les niveaux. Donc, le fait d'éliminer un palier, qui serait le palier régional, on ne ferait pas une économie de plus de 10 à 20 millions de dollars parce qu'il faut quand même dire qu'il y a des choses qui se font au niveau régional qui devraient être ramenées au niveau des deux paliers.

Mais, indépendamment de cela, on a annoncé également dans le budget qu'on reverrait les structures au niveau de la santé, et là-dessus je vous rappellerais que notre gouvernement a déjà fait un gros travail. En 2004, on a fait la fusion de plusieurs établissements avec la création des CSSS et nous avons diminué de façon importante le nombre

d'établissements et le nombre de structures administratives. Et le gros avantage de cette réforme-là, c'est qu'on a créé une philosophie qui est un territoire, une population, une organisation, et ça a donné des économies substantielles au niveau administratif.

Également, ce réseau de la santé est un réseau qui est important. Il représente 44 % à 45 % du budget de dépenses du gouvernement du Québec et, malgré cela, nos coûts administratifs sont d'environ 1,5 % des coûts totaux. Quand vous calculez toute l'administration du réseau de la santé et des services sociaux, c'est environ 1,5 % qui est en coûts administratifs. On dit généralement que, des bonnes organisations, ça va être entre 4 % et 5 %. Et, si vous allez aux États-Unis, c'est entre 15 % et 20 % au niveau de la gestion.

Donc, je crois que, oui, il y a un travail à faire au niveau de revoir certaines structures. Les économies sont surestimées de façon très importante. Et ce qu'on doit chercher en faisant... en cherchant de nouvelles structures, c'est d'aller chercher plus de fonctionnalité. Et, oui, notre gouvernement, on veut investir le plus possible dans les soins et le moins possible dans la bureaucratie.

● (15 h 40) ●

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Chauveau.

M. Deltell: Pour conclure sur cette première phase, la première étape eût été d'abolir les régies régionales de santé, comme votre parti s'était engagé à le faire en 2003. Mais, je comprends, vous n'étiez pas candidat. Je ne vous demanderai pas pour qui vous avez voté, le vote demeure secret, comme le mien aussi, d'ailleurs, en 2003. Mais, quand même, je ne tenais qu'à vous le... à vous le rappeler, que votre... le parti politique du ministre actuel avait promis l'abolition des régies et il ne l'a pas fait. Il a aboli le mot «régie» pour le remplacer par le mot «agence».

Personnel-cadre du ministère

Maintenant, comment le ministre explique que, depuis que son parti est au pouvoir, depuis 2003, il y a 19 % plus de cadres dans le ministère de la Santé?

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

M. Bolduc: Bien, il y a peut-être 19 % plus de cadres, mais on a plus d'activités également. Et puis notre gouvernement a injecté énormément d'argent dans le réseau de la santé. Et je voudrais peut-être rappeler qu'avant 2003 il y avait eu des coupures importantes dans le réseau de la santé et des services sociaux et il y avait beaucoup de rattrapage à faire.

Donc, si vous regardez, au cours des dernières années, il a fallu faire du développement. Également, il faut le dire, à chaque année, il y a environ 70 000 personnes de plus au Québec, et ces personnes-là sont généralement des personnes âgées. Donc, si vous regardez, au niveau du Québec, l'accroissement de la population, vieillissement de la population, le rattrapage par rapport aux coupures que le Parti québécois avait faites pendant des années, qui a fait que c'est un réseau qui était asphyxié, a fait qu'on a dû réinvestir dans le réseau de la santé. Et je pense qu'on ne peut pas reprocher à un gouvernement d'avoir réinvesti dans le réseau de la santé en construisant des nouveaux hôpitaux,

en rénovant des hôpitaux, en mettant en place les nouvelles technologies et surtout la formation du personnel. Ce qui fait que, si vous augmentez la grosseur du réseau pour donner des soins, nécessairement, il doit y avoir une certaine augmentation au niveau du personnel d'encadrement.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Chauveau.

M. Deltell: M. le Président, je tiens à rappeler au ministre que le disque commence à sauter, là. Les faits qui sont reprochés au Parti québécois, ça remonte à il y a au moins sept ans, huit ans, neuf ans, 10 ans, 20 ans. Et je peux... Bien, peut-être pas 20 ans, mais quand même ça fait déjà longtemps. Le disque commence à sauter. Et je sais qu'on est dans la génération des MP3, là, on ne sait pas c'est quoi, mais le disque, quand on le fait jouer souvent, ça finit par sauter, puis on se répète, puis on se répète, mais on n'avance pas. Quand le ministre parle de besoin de rattrapage, le rattrapage aurait dû se faire au niveau des infirmières. Or, depuis que le gouvernement est en place, c'est 1 300 infirmières de moins que l'on voit, avec une augmentation de 19 % des cadres. Pourquoi donc ne pas avoir fait ce rattrapage-là?

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

M. Bolduc: Bien, au niveau des infirmières puis au niveau des médecins, la raison est très simple, c'est qu'il y avait eu tellement de coupures auparavant; non seulement on avait coupé dans le personnel, on avait coupé dans la formation. Donc, il a fallu réouvrir des programmes de soins infirmiers, réouvrir des programmes également au niveau des médecins. Et, juste pour vous rappeler, ça fait sept ans qu'on est au pouvoir, mais ça fait... ça prend 10 ans à former un médecin. Donc, on commence à voir les effets de l'augmentation des cohortes que nous avons augmentées de façon significative au cours des dernières années. Et, oui, le réseau va s'améliorer au cours des prochaines années. Mais, encore là, puis ce n'est pas un disque qui est sauté, il faut être conscient qu'un réseau de la santé et des services sociaux, ça se bâtit sur plusieurs années, même si ça n'a pris seulement que quelques années au Parti québécois pour le défaire complètement.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Chauveau.

Financement du système de santé (suite)

M. Deltell: M. le Président, j'aimerais parler maintenant du financement par épisode de soins. Il faut faire un petit peu d'explications par rapport à ça. De façon générale, il faut comprendre, M. le Président, qu'au Québec nos hôpitaux fonctionnent avec une enveloppe globale qui leur est donnée au début de l'année. Vous avez, supposons, 100 millions de dollars. Donc, l'hôpital, les gestionnaires doivent s'assurer d'avoir le 100 millions et le gérer tout au courant de l'année, ce qui fait que, des fois, à la fin de l'année, il manque un petit peu d'argent; des fois, dans tel poste budgétaire, on en a trop, donc, vite, vite, on achète beaucoup d'équipements. Des choses semblables qui arrivent, qui sont malheureuses et qui ne sont pas nécessairement les bonnes choses.

Nous, ce qu'on estime, ça fait déjà un bon moment que l'on pense ça à l'ADQ, c'est de changer la façon du financement. Donc, prenons la lorgnette et regardons-la autrement: le financement par épisode de soins. Ça veut dire quoi? Ça veut dire qu'on amènerait les hôpitaux, les centres hospitaliers, à facturer au ministère de la Santé chacune des opérations, chaque épisode de soins qui est mené dans un hôpital. Donc, de façon très, très crue... Chaque fois que je donne une entrevue, j'emploie toujours cette expression, parce qu'il faut quand même faire attention lorsqu'on parle de gens malades. Mais, de façon très crue, au moment où on se parle, un gestionnaire, lorsqu'il voit une ambulance arriver à l'hôpital, il se dit: Tiens, voilà une dépense. Avec notre façon de faire, ce serait plutôt: Tiens, voilà un revenu. C'est cru, mais c'est comme ça qu'il faut le voir, parce qu'on parle de gestion de centaines de millions et milliards de dollars.

Donc, le financement par épisode de soins, qu'est-ce que ça amènerait comme bonification, selon nous? Nous, on estime que ça amènerait une bonification en termes d'efficacité, parce que les hôpitaux seraient plus performants, chercheraient à être meilleurs, chercheraient à en faire davantage, et donc à donner plus de soins aux gens, et aussi, M. le Président, ça amènerait une saine concurrence entre les centres hospitaliers qui pourraient établir des comparatifs entre: Bon, bien, voilà, moi, je suis capable de faire telle opération à tel coût, l'autre est capable à tel autre coût, comment ça se fait? Est-ce qu'on serait capable de s'améliorer? Et, c'est ce qui s'appelle le nivellement par le haut. Parce que chacun chercherait à s'améliorer, chacun chercherait à être plus performant. C'est ce qu'on appelle le financement par épisode de soins.

Ça fait déjà un bon moment que, nous, à l'ADQ, on le propose. Nous étions seuls dans notre coin au début, mais là on sent que de plus en plus de gens sont d'accord. D'ailleurs, les mêmes experts que le gouvernement a constitué en groupe, l'année dernière, concluent exactement la même chose. Les experts consultés par le gouvernement estiment qu'en effet le financement par épisode de soins pour le ministère de la Santé serait une bonne chose. L'ADQ a ouvert le chemin, les autres suivent. Bravo!

M. le Président, j'aimerais savoir: Est-ce que le ministre est ouvert à une telle approche?

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

M. Bolduc: Oui. Je suis très ouvert, mais je veux juste qu'on comprenne comment ça fonctionne déjà dans le réseau de la santé, hein? On utilise ce qu'on appelle l'étalonnage, le «benchmarking», où chacun des établissements est comparé. On est capables de vous dire à chaque endroit combien ça coûte une visite, combien ça coûte l'heure d'opération puis combien on fait de chirurgies. Première affaire. Donc, ce que vous disiez pour le nivellement pour le haut, ça fait 15 ans qu'on le fait dans le réseau de la santé. On peut vous montrer des tableaux que c'est déjà existant, et puis ça s'est toujours fait, O.K.? Ça fait que ce n'est pas quelque chose de nouveau, puis ça existait avant que l'ADQ soit formée. Ça fait 20 ans que je suis dans le réseau de la santé.

Ça fait que ce n'est pas du nouveau puis, en gestion, ça se fait partout. Non seulement on se compare entre les services, entre les hôpitaux de la même région, entre les régions, on se compare aussi avec l'Europe, les États-Unis

puis le reste du Canada, parce qu'il y a des banques de données, dont, entre autres, de l'OCDE et du Commonwealth Fund, qui vont vous fournir ces informations-là. Donc, je vous dirais, là-dessus, il n'y a rien de nouveau, puis ça se fait, et ça continue à se faire, et j'en fais énormément la promotion.

Deuxième niveau. C'est que, du financement par activité, ça existe déjà dans le réseau, parce qu'on finance nos hôpitaux en fonction du volume d'activité qu'ils ont dont, entre autres, le nombre d'hospitalisations, le nombre de chirurgies, et on a même un projet pilote actuellement où on paie un certain nombre de chirurgies et on peut, avec des accords, augmenter le nombre de chirurgies pour pouvoir donner plus de services aux patients.

Je mets un bémol. Le financement par activité comme vous le proposez, ça veut dire qu'on aurait avantage à hospitaliser des patients en plus grand nombre pour avoir encore plus d'argent. Mais, le réseau de la santé, il faut qu'il pense différemment, et vous allez être les premiers à dire que la performance, c'est important. On veut chercher à développer le plus possible les soins à domicile, avoir des services de première ligne de grande qualité de façon à éviter les hospitalisations. Et je vais vous donner un exemple qu'il faut faire attention: la rémunération à l'acte des médecins. Ça, c'est un financement par activité. Plus vous faites d'actes, plus vous êtes payé. Là, voyez-vous, il faut faire attention, parce qu'il y a des régions, si on met des médecins à l'acte, il ne pourront pas... ils ne gagneront pas assez d'argent, on va être obligé de les mettre à salaire ou à vacation.

Donc, il y a différents modes de financement qu'il faut utiliser selon les résultats qu'on veut aller chercher. Ça fait que, pour ce qui s'agit du financement par activité comme vous parlez, on y croit, on va mettre... on a déjà des projets en place dans certaines régions. Le financement de la chirurgie se fait déjà de cette façon, excepté ce n'est pas la panacée pour tout, parce que, là, ce que vous faites, vous encouragez du volume qui parfois va faire en sorte que vous allez développer des mauvaises habitudes. Mais on y croit et on pense que les établissements doivent être financés non seulement en fonction de l'activité, en fonction des résultats, en fonction de la qualité, et puis ça, ça va donner un montant total que l'on donne à l'établissement pour qu'il puisse donner les meilleurs soins possible.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Chauveau.

M. Deltell: Rapidement, M. le Président, est-ce que le ministre sait que, le 16 avril dernier, le ministre des Finances a dit qu'il était d'accord avec notre idée? Donc, est-ce qu'il est conscient que son ministre des Finances, celui qui peut opérer les sous, qui peut lui donner tous les budgets nécessaires, a un préjugé favorable face à ça? Donc, est-ce que le gouvernement peut s'engager à aller plus de l'avant, aller encore plus loin dans ces démarches-là de financement par épisode de soins?

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

M. Bolduc: Comme je vous disais, c'est ce qu'on fait puis on va le pousser encore plus loin, mais déjà le système de santé est financé en partie selon l'activité. Eh oui, on peut avoir des meilleurs traceurs pour s'assurer

que l'argent suit le patient. Ça, c'est une volonté qu'on a au niveau gouvernemental.

● (15 h 50) ●

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Chauveau, il vous reste à peu près trois minutes.

Budget discrétionnaire du ministre

M. Deltell: Bon, bien, merci, M. le Président. Si vous me permettez, je vais aborder un sujet un peu moins lourd et financier. Dans les crédits, qui nous ont été transmis, le ministère de la Santé, marge discrétionnaire du ministre et ministre délégué, il y a des éléments qui ont attiré un peu notre attention, et je le dis avec le sourire. Alors, Carla Frenn, triplés, 6 000 \$, Carole Lachance, triplés, 6 000 \$; Florence Toupin, triplés, 6 000 \$; Judith Paradis, triplés, 6 000 \$; Khadija Chahlaoui, triplés, 6 000 \$.

M. le Président, si on suit la logique comme ça, on se rend compte qu'à chaque fois qu'il y a une appellation «triplés», on remet 6 000 \$, et ça, ça vient de la marge discrétionnaire du ministre. Or, M. le Président, ma question est fort simple: Est-ce qu'il s'agit là d'un cadeau du ministre à chaque maman qui a eu des triplés?

Le Président (M. Bérubé): M. le ministre, pour cette réponse.

M. Bolduc: Avoir un enfant, c'est déjà beaucoup d'occupation. En avoir deux, c'est énormément d'occupation. Puis, vous vous imaginez, avoir des triplés, des quadruplés, c'est une tâche énorme. Le budget discrétionnaire est un outil que nous utilisons pour aider justement les gens qui sont plus dans le besoin, et je ne pense pas que quelqu'un peut reconnaître... ne peut pas reconnaître que d'avoir des triplés, ça demande peut-être un peu plus d'aide, et nous ne voulons pas être discriminatoires, donc on offre à chaque couple ou personne qui a des triplés un montant de 6 000 \$ qui est pris dans le montant forfaitaire du ministre pour justement aider ces gens à pouvoir bien s'occuper de leurs enfants.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Chauveau.

M. Deltell: Oui, M. le Président. Est-ce que je dois comprendre là qu'il s'agit d'une mesure systématique, ou c'est à la demande, ou c'est discrétionnaire? C'est systématiquement que les bébé bonus, docteur... ministre de la Santé, sont offerts?

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

M. Bolduc: C'est l'établissement qui nous réfère le nom des parents, et à ce moment-là on fait le... on offre un montant discrétionnaire de 6 000 \$ lorsque nous avons des... lorsqu'une personne a des triplés.

M. Deltell: ...pratique, donc?

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Chauveau.

M. Deltell: C'est systématique?

M. Bolduc: Oui. Puis ça fait 25 ans que c'est comme ça. J'espère que ça va vous encourager à avoir des triplés.

M. Deltell: Comme grand-parent.

Le Président (M. Bérubé): En 30 secondes, M. le député de Chauveau, c'est tout ce qu'il vous reste. Ça va? Alors, ça met fin à ce bloc du deuxième groupe d'opposition. On va maintenant passer au groupe formant le gouvernement. Et je reconnaitrai le, la députée? Le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Oui, oui, oui.

Le Président (M. Bérubé): À vous.

Système d'archivage et de transmission d'images en radiologie

M. Chevarie: Je vais continuer avec une composante majeure encore du Dossier santé Québec, qui est ce qu'on appelle le PACS, l'imagerie, l'imagerie médicale, l'imagerie diagnostique, et c'est... M. le ministre, vous avez été souvent cité en exemple par rapport à vos réponses concernant le PACS. Et cette composante évidemment touche particulièrement les spécialistes en radiologie. Donc, avec ce volet d'informatisation, ce qui est visé, c'est les résultats, les résultats d'imagerie diagnostique. Les objectifs visés, bien entendu, c'est d'améliorer le temps de traitement et une meilleure continuation dans le continuum de soins. Et ça veut dire qu'un médecin... un médecin spécialiste du CHUM, avec le DSQ puis ce volet-là d'imagerie diagnostique, pourra faire la lecture de résultats d'une image qui a été prise aux Îles-de-la-Madeleine ou ailleurs, ce qui veut dire que, peu importe le lieu de résidence du patient ou où il a passé son imagerie médicale, et peu importe le lieu de consultation ou de lecture par le spécialiste des résultats obtenus, on pourra... le client peut avoir son service.

Et ma question, M. le Président, c'est: J'aimerais ça que le ministre puisse nous dire c'est quoi, le PACS, et quels sont les bénéfices que le client — et le système dans son ensemble — peut retirer et nous indiquer également où en est rendu le projet.

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

M. Bolduc: Bien, le PACS, c'est une des grandes réussites du réseau de la santé des dernières années, qui a été fait par notre gouvernement. Un, dans un premier temps, c'est une entente qu'on a eue avec le fédéral, et nous sommes allés chercher plusieurs centaines de millions pour pouvoir installer cette technologie au Québec.

Le PACS, si vous voulez avoir une analogie, c'est: plutôt que d'avoir une photo papier, c'est-à-dire une photo qui est au nitrate d'argent, vous avez maintenant une photo qui est numérisée et que vous pouvez regarder sur votre ordinateur. Là, il n'y a plus de film du tout en radiologie, c'est ce qu'on appelle maintenant les hôpitaux sans film. Et on passe notre radiographie, et le médecin a accès à l'image directement sur l'écran d'ordinateur qui est à haute définition. Ça nous permet également de mieux voir.

Puis je peux vous parler par expérience, parce qu'une année avant que je vienne en politique, nous avions le PACS à Alma. Ça fait que, quand je faisais de l'urgence, je pouvais voir mes films radiologiques directement à l'écran.

Ça améliore la qualité de l'image. Ça améliore également la disponibilité de l'image. Dès que le film est pris, j'ai accès à l'image sur mon écran. Donc, il n'y a plus de développeur... de développement à faire. Également, je peux prendre cette image et l'envoyer à un radiologiste à la maison, soit à Alma ou encore — nous autres, on était parfois couverts par Granby, on pouvait l'envoyer à Granby ou à Montréal — dans un bureau de médecin où, lui, s'il voit le patient, va avoir accès directement à l'image radiologique.

Ça rend l'image disponible à tous en même temps. Donc, le radiologiste peut lire le film. En même temps, je peux le voir à l'urgence. Ça diminue également les pertes de films. C'est parce que parfois, les films, il y a des délais parce qu'ils passent d'un hôpital à l'autre. Ça élimine cela complètement. Ça nous permet également de partager les images radiologiques avec d'autres établissements. Advenant le cas qu'un établissement a des délais qui pourraient devenir importants, on peut envoyer les images se faire lire ailleurs.

Le gros avantage également, c'est la qualité de l'image, qui est supérieure parce qu'on peut jouer avec les contrastes et puis on peut regarder dans différents plans, ce qui fait que les fractures apparaissent plus facilement. Et également ça nous permet d'avoir l'accès aux images, même plusieurs années après, et ça nous a permis, avec le temps, de se débarrasser complètement de notre réserve de films radiologiques. Et on a un grand gain d'espace. Les réserves de films radiologiques, dans les établissements, ça occupait des grandes salles.

Donc, c'est des avantages qui sont strictement marqués. C'est un projet qui a été de 500 millions de dollars pour tout le Québec. Et actuellement nous sommes en phase finale de compléter l'informatisation et la numérisation de tous les films en radiologie. Puis je vais vous donner un exemple. Ça, c'est le bilan par région. Au niveau du Bas-Saint-Laurent, c'est 100 %. Le Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est 100 %. Capitale-Nationale, c'est 100 %; la Mauricie—Centre-du-Québec, 100 %; l'Estrie, 100 %; Montréal, 96 %; Outaouais, 100 %; l'Abitibi-Témiscamingue, 100 %.

Dernière région qu'il nous reste à faire, c'est la Côte-Nord, à 42 %, qui, au cours de l'été... ça devrait se terminer. Puis également on est en train de planifier, là, votre endroit, chez vous, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, où déjà il y a un système de PACS. Mais là vous allez être relié avec le PACS national.

Le Nord-du-Québec est à 100 %; Chaudière-Appalaches, à 100 %; Laval, 94 %; Lanaudière, 100 %; Laurentides, 100 %; Montérégie, 100 %; le Nunavik, 100 %; terres crient de la Baie James, 100 %. Pour ces deux dernières régions, puis c'est pour vous dire qu'au lieu d'envoyer des films par avion puis d'avoir une réponse quelques jours plus tard, maintenant on peut les envoyer instantanément, et ça peut être lu aussi bien à Montréal, à Québec que ça pourrait être lu dans ces endroits-là.

Donc, pour le réseau de la santé, pour tous les médecins, mais surtout pour les patients, ça nous permet d'offrir une meilleure qualité de soins qui, à la fin, je vous dirais, finit par nous coûter moins cher, parce qu'une partie du financement des coûts récurrents... Ça fait que

plutôt que d'acheter des films, on entretient notre parc informatique sur lequel nous avons toutes les bases de données au niveau de la radiologie.

Le Président (M. Bérubé): M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

● (16 heures) ●

M. Chevarie: Merci, M. le Président. On peut constater que le DSQ a vraiment pris son envol, depuis ces dernières années, et qu'il est vraiment installé pour longtemps. Et les résultats ne se font pas attendre. Vous dites, en imagerie, le diagnostic, c'est plus de 95 % des établissements qui sont installés. Et c'est le client, c'est l'utilisateur, l'utilisateur de services, l'usager qui évidemment va bénéficier de toute cette nouvelle technologie.

Télesanté

Je veux aborder une autre composante du DSQ qui est... une nouvelle technologie informatique, qui est le volet de télesanté. Et, là aussi, c'est un domaine quand même relativement nouveau. On connaît les visioconférences, mais avec les projets... les visioconférences qui sont plus orientées vers des besoins administratifs ou de réunion à distance. Mais les projets de télesanté qui sont intégrés au DSQ visent des objectifs cliniques. Et c'est vraiment l'accès à distance à des spécialistes à des régions comme nous, entre autres aux Îles-de-la-Madeleine, la Gaspésie, la Côte-Nord, l'Abitibi, tout ça. Alors, un projet extrêmement intéressant et extrêmement important pour améliorer toujours la qualité des services au niveau du réseau de la santé, et on sait que ça peut toucher à ce moment-là — la télesanté — plusieurs disciplines: la cardiologie, la traumatologie, la réadaptation, tout ça, faire de l'enseignement.

Alors, j'aimerais savoir là aussi où c'en est rendu. Quelles sont les visées du ministère? Quels sont les objectifs par rapport à ce secteur d'activité qui est greffé au DSQ?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, vous savez, le Québec est un grand territoire, et puis c'est un territoire également qui est habité de façon inégale. Donc, il y a des endroits, les gens sont assez loin, ils n'ont pas les services spécialisés. Ce qu'on veut, c'est de rendre disponibles toutes les nouvelles pratiques médicales via les nouvelles technologies. La télesanté, l'avantage que nous avons, c'est que maintenant on peut communiquer à distance pour avoir soit des diagnostics ou des recommandations de traitement. Et, pour ça, on a plusieurs projets, puis je vais vous en nommer. On a huit projets présentement en relation avec le Dossier santé Québec.

Il y a la téléconsultation et soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires, la téléformation et téléconsultation en multispécialité... Donc, plutôt que d'avoir à se déplacer, les gens peuvent rester dans leur établissement, ils peuvent avoir des formations à distance via la visioconférence. Puis je vais vous en donner un exemple qui est en pratique au Québec. Lorsque j'avais fait une évaluation à Lanaudière-Nord, à ce moment-là, les pédiatres pouvaient avoir la même

formation que les pédiatres de Sainte-Justine en se mettant en visioconférence. Donc, ça sauve du temps aux gens, ça permet d'avoir l'accès aux meilleures formations, et puis, également, ça diminue des dépenses par rapport aux déplacements. Puis le fait d'avoir à manger à des endroits, là, qui... parce qu'il faut se déplacer... Mais surtout, si vous êtes à... même à Lanaudière-Nord, puis vous avez une heure de formation sur l'heure du midi, ça va vous prendre une heure aller, une heure revenir, ça fait que vous perdez en pratique la moitié d'une journée. Donc, le fait de pouvoir se mettre en téléconférence ou en visioconférence, bien, ça permet de sauver beaucoup de temps, de l'argent et de l'énergie.

Il y a également la mise en place d'un réseau de téléformation et de soutien clinique multidisciplinaire, le projet visioconférence... visuel de santé et de services sociaux, la télépathologie... C'est un projet que, si vous êtes dans un établissement de santé et que vous voulez avoir une deuxième opinion par rapport à une lame de pathologie, vous pouvez envoyer votre... par image. Vous envoyez les images à un centre plus spécialisé, et, à ce moment-là, vous allez pouvoir discuter du diagnostic. Ou encore, si votre pathologiste est parti en vacances, bien, on peut faire lire les images à distance par des pathologistes, donc ça nous permet de continuer d'offrir le service, et surtout ça amène une bonne continuité au niveau des soins.

Les télésoins à domicile, la télévisite pour le Programme national d'assistance ventilatoire et la télé-assistance en soins de plaies. Ça nous permet de voir des images à distance de plaies et, au médecin qui est un spécialiste des plaies, de faire des diagnostics et de recommander des traitements sans avoir à déplacer le patient. Ça, c'est un élément important. Parfois, les gens peuvent se déplacer 200 km, 300 km pour recevoir un soin.

Puis un bel exemple pour le député des Îles: quand vous êtes aux Îles-de-la-Madeleine, et que vous avez une évaluation d'une plaie, et que vous êtes obligé de faire prendre l'avion au patient, venir à Québec pour une rencontre de possiblement 15 ou 20 minutes, puis quand... là, maintenant, ça peut se faire à distance avec les images à haute définition. Pas besoin de vous dire que c'est une grande amélioration pour la qualité des soins. Parce que, souvent, on ne se le cachera pas, les gens préféreraient ne pas se rendre à Québec et prendre leur mal en patience, tandis que là on va pouvoir offrir aux Îles-de-la-Madeleine la même qualité des soins, et on leur offre les mêmes... les meilleurs spécialistes que nous avons au Québec, avec nos centres qui sont reliés par ce type de services.

Le Président (M. Bérubé): M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. le député de Rivière-du-Loup, collègue du Bas-Saint-Laurent.

Infirmières praticiennes spécialisées

M. D'Amour: Merci, merci beaucoup, M. le Président. Alors, à mon tour, j'aimerais aborder le ministre sur une question qui est très importante, sur la question des infirmières praticiennes spécialisées, celles qu'on appelle communément les superinfirmières. Particulièrement, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en réclament, souhaitent qu'il y en ait davantage. Et aussi, au cours des dernières semaines, on a pu constater qu'il y a trois autres fédérations qui ont joint leur voix à cette revendication-là.

Il y a la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes, de même que la Fédération interprofessionnelle en santé qui réclament les superinfirmières.

Moi, j'aimerais vous entendre, M. le ministre, les définir, ce qu'elles font exactement, ce qu'elles font, quelles sont leurs tâches, quelle est leur présence à l'intérieur de nos établissements, d'une part. Et, d'autre part, j'aimerais qu'on parle de leur présence sur l'ensemble du territoire, oui, à l'intérieur de la Capitale-Nationale, dans la région de la métropole, mais — moi, je viens du Bas-Saint-Laurent, comme le président l'a aimablement souligné il y a quelques instants — la situation dans le Bas-Saint-Laurent, ce vers quoi on tend, la situation globale. Ce sera ma première question concernant les superinfirmières.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bon, dans un premier temps, je pense que notre gouvernement va avoir été reconnu comme étant ceux qui ont mis en place le programme de formation des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne. Et également il faut comprendre qu'est-ce que ça fait, une infirmière praticienne spécialisée. D'abord, c'est une infirmière qui est bachelière, qui suit une formation, une maîtrise, qui lui permet par la suite d'être plus autonome dans sa pratique et de faire des nouvelles fonctions, dont entre autres la prescription de certains médicaments ou la prescription de certains diagnostics.

On peut utiliser l'infirmière praticienne spécialisée dans plusieurs domaines mais, entre autres, un domaine où on voit une préférence, c'est le suivi des patients dans des groupes de médecine de famille ou dans les cliniques-réseaux avec une prise en charge des patients, dont entre autres les patients qui souffrent de diabète, d'hypertension artérielle, de maladie cardiaque. Donc, c'est des professionnelles autonomes qui travaillent en collaboration avec les médecins pour offrir un meilleur accès à la première ligne.

Nous sommes allés visiter en Ontario leur système. Nous avons passé deux jours avec le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Dr Louis Godin et son équipe, et également des représentants de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. Et nous avons pu voir la mise en place du programme en Ontario. Nous sommes allés chercher les idées. Et présentement on est en train de regarder pour faire un... la formation des infirmières praticiennes spécialisées. Il y a de l'argent qui a été réservé dans le dernier budget du gouvernement. Et, au cours des prochaines semaines, on va avoir à en faire des annonces, mais on peut déjà dire que c'est un programme que notre gouvernement veut mettre en place dans le but d'améliorer l'accès à la première ligne.

De plus, les infirmières praticiennes spécialisées peuvent servir à d'autres endroits, peuvent travailler à d'autres endroits, dont entre autres dans les CLSC. Ce que nous avons vu en Ontario, elles sont utilisées à l'urgence et puis également on voit qu'elles pourraient être utilisées dans d'autres types de services, dont entre autres pour les soins aux personnes âgées.

Une voix: ...régional. Excusez-moi.

M. Bolduc: ...régional. Nous en voulons dans tous les territoires de CSSS du Québec. Et puis actuellement il

va y avoir de la formation. On aimerait former environ 100 infirmières praticiennes spécialisées et les déployer au niveau de toutes les régions de façon à ce que la pratique se développe et que, par la suite, ça fasse une offre qui est complémentaire avec celle des autres professionnels de la première ligne.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Rivière-du-Loup.

M. D'Amour: Lorsqu'on pense à...

Le Président (M. Bérubé): En vous précisant qu'il vous reste un peu moins de cinq minutes.

M. D'Amour: D'accord. Lorsqu'on pense à une centaine, c'est une centaine par année?

M. Bolduc: Une centaine par année pour développer l'offre de services. Et également, au niveau de la formation des infirmières praticiennes spécialisées, notre objectif, c'est qu'elles soient formées avec les médecins pour qu'ils puissent avoir des pratiques complémentaires. Ça va nous permettre, à tous nos professionnels, de travailler non plus indépendamment, mais de travailler en équipe à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires dans lesquelles ils vont se partager la tâche de couvrir les soins de première ligne.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Rivière-du-Loup.

M. D'Amour: Elles choisissent évidemment elles-mêmes leurs lieux de travail?

M. Bolduc: Oui, en général, le recrutement se fait en fonction des régions. Et on veut qu'il y ait également des professionnelles de toutes les régions qui soient formées comme infirmières praticiennes spécialisées, qui puissent retourner par la suite au niveau de leurs lieux de travail d'où elles sont originaires.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Rivière-du-Loup, en vous demandant de vous adresser à la présidence.

M. D'Amour: Oui, pardonnez-moi, M. le Président. Vous connaissez mon...

Le Président (M. Bérubé): Pour éviter qu'il y ait beaucoup des réponses courtes et...

M. D'Amour: Je suis encore un jeune député inexpérimenté, mais ça va venir. Alors, ce que je voulais préciser à ce niveau-là: Quand on prend la réalité comté par comté, par exemple dans le comté que je représente, Rivière-du-Loup—Les Basques, Rimouski, est-ce que ce sont les institutions qui en font les demandes? Dans le mécanisme, comment ça se passe?

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

M. Bolduc: Bien, dans un premier temps, il faut former nos infirmières praticiennes spécialisées. Par là

suite, il va y avoir eu des budgets qui vont être dédiés à la pratique d'infirmières praticiennes spécialisées dans les différents établissements.

Actuellement, il y a des établissements qui nous demandent à pouvoir les incorporer dans les plans de pratique. Puis ça, ce sont toutes des modalités à être discutées, là, au cours des prochains mois. Puis, au fur et à mesure qu'on va avoir des graduées comme infirmières praticiennes spécialisées, bien, on va pouvoir faire un déploiement à plus grande intensité sur le territoire du Québec.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Rivière-du-Loup à nouveau.

M. D'Amour: Merci.

Le Président (M. Bérubé): Ça met fin. Je reconnaitrai M. le député des Îles-de-la-Madeleine qui fait un retour.

M. Chevarie: ...combien de temps?

● (16 h 10) ●

Le Président (M. Bérubé): Trois minutes.

Dossier de santé du Québec (suite)

M. Chevarie: Trois minutes? Je veux juste apporter quelques commentaires. Puis j'aimerais que le ministre puisse continuer aussi. Mais ce que je voulais mentionner, c'est que le réseau de la santé et des services sociaux est vraiment en marche dans son objectif de consolider l'ensemble du système de soins et de services de santé. Et je pense que, M. le ministre, vous réussissez le défi qui est posé à notre gouvernement. Et on est en train vraiment de consolider le réseau. Et on en a un bel exemple: le DSQ en était un, en est un. Et je pense que c'est vraiment bâtir le réseau dans l'objectif des temps modernes avec le DSQ.

On a également, le député de Rivière-du-Loup en parlait, les infirmières cliniciennes qui viennent s'ajouter, de nouvelles ressources.

On a toute l'enveloppe du maintien des actifs. On en parle peu, mais ça a été un changement majeur par rapport à ça. J'étais dans le réseau, moi, en 2003, quand vous êtes arrivés au pouvoir et que vous avez investi dans ce secteur-là. Combien ça a été important de rénover et de maintenir nos infrastructures à niveau. Combien ça a été important aussi, tout l'investissement qui a été fait au niveau des équipements de haute technologie.

Chez nous, en Gaspésie et aux Îles, on a pu en bénéficier. Je pense, entre autres, au tomodensitomètre. C'est des sommes colossales qui ont été investies pour améliorer la qualité de service, remplacer nos équipements qui étaient désuets. Également, l'imagerie médicale, on a eu un projet novateur avec l'achat pour la Gaspésie et les Îles dans ce domaine-là. Alors, c'est... je pense qu'on peut dire jusqu'à présent: Mission accomplie. Bien sûr, comme je le mentionnais en préambule, on a encore de l'amélioration à faire, et c'est un processus continu.

Alors, c'étaient ces éléments-là, ce commentaire-là que j'aimais à exprimer, M. le Président, sur le plan du réseau de la santé et des services sociaux. Je ne sais pas si le ministre veut apporter quelques commentaires.

Le Président (M. Bérubé): Une minute... environ 50 secondes.

M. Bolduc: Bien, oui. Mais, comme vous dites, c'est un réseau qui s'est amélioré, qui a été consolidé. Depuis 2003, il faut le dire, il y a eu des investissements énormes dans le réseau de la santé parce qu'il y avait beaucoup de récupération à faire suite aux coupures, les fermetures d'hôpitaux. Et notre gouvernement a réinjecté des milliards de dollars pour actuellement stabiliser le réseau de la santé. Au niveau de la consolidation, bien, nos objectifs, c'est vraiment le développement de la première ligne en complémentarité avec les spécialités et l'accessibilité au niveau des services.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. Ça met fin au bloc du groupe parlementaire formant le gouvernement — le titre officiel qu'on vient de m'indiquer, qu'il faut dire. Alors, je suis prêt à revenir au groupe formant l'opposition officielle et à reconnaître le député de Marie-Victorin pour un bloc de 20 minutes.

M. Drainville: Merci, M. le ministre... M. le Président. Si c'était possible de faire venir à la table, M. le Président, M. Gignac, M. Clermont Gignac, directeur exécutif des projets des CHU.

Le Président (M. Bérubé): Oui. Alors, une demande si M. Gignac est là. Est-ce qu'on a le consentement de la commission, du ministre pour M. Gignac? Alors, j'entends le consentement du ministre. Alors, M. le député de Marie-Victorin, à vous.

Centre de recherche du CHUM

M. Drainville: Merci, M. le Président. M. le Président... D'abord, bonjour, M. Gignac. Le contrat du CRCHUM, au départ, il était évalué à 320 millions. C'est ce que devaient coûter les travaux du CRCHUM. Ils sont passés de 320 à 470 millions. Et l'explication qui a été donnée publiquement par vous-même, si je ne m'abuse, entre autres, c'est qu'au point de départ l'édifice Vidéotron devait subir une rénovation légère. Or, on s'est rendu compte au fil du temps que l'édifice Vidéotron ne pourrait pas être rénové et qu'il devait donc être détruit, ce qui serait, d'après les déclarations publiques qui ont été faites, l'une des causes, sinon la cause principale de l'augmentation des coûts du projet.

Or, M. le Président, lorsque l'appel de propositions pour le CRCHUM a été lancé en mai 2008 et lorsque les propositions ont été reçues en novembre 2009, entre les deux, c'est-à-dire dès le mois d'août 2009, l'information a commencé à circuler à l'effet que l'édifice pourrait être rasé. Donc, en d'autres mots, entre le moment où on lance l'appel de propositions, M. le Président, et le moment où on reçoit ces propositions, le scénario envisagé au départ, celui de la rénovation de l'édifice Vidéotron, change et on passe donc d'un scénario de rénovation à un scénario de démolition, sauf que ce scénario de démolition ne semble pas avoir été pris en compte au moment de l'appel d'offres.

Alors, la question que j'aimerais poser à M. Gignac, c'est la suivante: Pourquoi avoir laissé les soumissionnaires soumissionner avec un budget non ajusté pour tenir compte de la démolition de l'édifice Vidéotron et non pas de sa seule rénovation?

Le Président (M. Bérubé): Juste avant, M. Gignac, vous pouvez identifier votre prénom, nom et votre fonction exacte. Et on a le consentement du ministre pour que vous puissiez intervenir.

M. Gignac (Clermont): Clermont Gignac, directeur exécutif des centres... de la construction, de la modernisation des trois projets des CHU à Montréal.

On va revenir, si vous voulez, à la date de l'appel d'offres, qui avait lieu en mars 2008, et puis pour le Centre de recherche. Le bâtiment, le coin de rue où ça se passe a à ce moment-là deux bâtiments: le bâtiment qu'on appelle Les Coopérants, qui a depuis été démolit, et il y avait le bâtiment de Vidéotron, qu'on appelle Vidéotron. Et le programme original était pour, comme vous l'avez dit tout à l'heure, une rénovation très légère, puisqu'il devait y avoir uniquement des fonctions administratives dans ce bâtiment-là et non cliniques, non de recherche aussi, et l'appel d'offres a été lancé sur cette base.

Compte tenu de la complexité... Puis je crois que vous allez reconnaître que construire 3 000 000 pi² dans deux coins de rue, il faut être très structuré, et ça évolue, il y a toujours de bonnes idées qui arrivent, et, en cours de route, il devait y avoir deux entrepreneurs sur le même... j'appellerais ça le «coin de rue», entre Viger et Saint-Antoine. L'appel d'offres... Ce qui a été fait par la suite, on a intégré dans l'appel d'offres le bâtiment de Vidéotron par souci de simplifier les travaux dans ce coin de rue là. C'était plus facile d'avoir un seul entrepreneur pour avoir des meilleurs prix, première des choses, et la complexité des travaux à ce moment-là. Donc, ça a été intégré dans l'appel d'offres, les travaux de rénovation légère de l'édifice Vidéotron.

Les deux... Ce que vous faites mention de... La rumeur... C'est que c'était tout simplement sur une base normalement confidentielle, parce que les deux soumissionnaires n'avaient aucun avantage, l'un et l'autre, à communiquer leurs bonnes idées; l'un et l'autre, ils sont en compétition. Et il y en a un des deux entrepreneurs qui a dit: Écoutez, peut-être qu'on pourrait... Est-ce que vous nous permettriez de présenter une soumission qui pourrait prendre les pieds carrés ou les mètres carrés administratifs, le programme de rénovations légères dans Vidéotron, et, nous, on pense qu'on est peut-être capables d'arriver avec une proposition si on démolit Vidéotron et qu'on vous présente une offre globale intégrant les différentes fonctions. Et c'est là qu'il a été accepté que la démolition pouvait être permise, mais on avait... pas des doutes, mais on avait des points d'interrogation sur le fait que ça pouvait probablement se faire: démolir un bâtiment pendant que l'autre soumissionnaire, lui, avait décidé qu'il continuait avec la rénovation comme étant le programme original que le CHUM avait proposé, qu'on avait challengé à ce moment-là...

Puis, quand vous faites allusion... Donc, ça, ça a été des travaux ajoutés dans l'appel d'offres original, qui a été sanctionné par la suite, en septembre suivant. Et les propositions sont arrivées, et, lorsqu'on les a ouvertes, il y en avait une, proposition, qui démolissait et l'autre ne démolissait pas l'édifice existant. Mais les deux propositions étaient valables. On a...

M. Drainville: Les deux propositions, vous dites, étaient quoi?

● (16 h 20) ●

M. Gignac (Clermont): Les deux étaient valables, c'étaient deux... Elles n'étaient pas nécessairement conformes, parce qu'ils ne rentraient pas exactement dans les prix qui avaient été décidés, mais elles étaient valables. C'était faisable.

C'est à ce moment-là qu'avec... en collaboration avec le CHUM et les différents professionnels a été regardé, et particulièrement par le CHUM, voir la possibilité d'avoir des rénovations majeures dans l'édifice Vidéotron, parce que vous vous souvenez que le projet original, ce n'était pas de le démolir, c'était de le rénover légèrement. Et, quand vous le rénovez légèrement, sur une période de 25, 30 ans, nécessairement qu'il faut que, dans votre décision économique, vous teniez compte des budgets de mise à jour des équipements, de remplacement des équipements mécaniques et autres, sur ce nombre d'années là.

Donc, on a commencé à regarder cet aspect-là et on trouvait que ça avait de l'allure pour une deuxième raison très importante, c'est que la rénovation légère ne permettait pas d'agrandir les... la flexibilité du bâtiment en permettant... parce que le CHUM, c'est sur 50, 60, 70 ans, ça ne permettait pas, avec l'édifice existant qui était un édifice administratif, de lui donner une flexibilité au niveau clinique. Parce que, dans ce bâtiment-là, originalement, c'était de l'administration. Ça permettait avec plus de flexibilité d'avoir de l'enseignement, pas seulement théorique, mais de l'enseignement clinique. Mais on était, encore là, barrés par les aspects parasismiques. Là, je suis très technique, mais je vais essayer de rester à 5 000 pieds d'altitude, O.K.?

M. Drainville: J'ai... M. le Président, j'ai... Non, non, regardez là, j'ai 20 minutes pour le bloc, M. Gignac...

Le Président (M. Bérubé): Bon. Mais, M. le...

M. Drainville: Si vous prenez 20 minutes pour répondre, ce qui pourrait être habile, là, mais ça ne m'avancera pas beaucoup parce que, moi, j'ai d'autres questions, évidemment, à vous poser. Alors, je vous demanderais, s'il vous plaît... faire preuve de synthèse.

Le Président (M. Bérubé): Alors, M. le député de Marie-Victorin, vous pouvez... vous me faites signe. Alors, à vous... une nouvelle... Avez-vous terminé M. Gignac? Oui, M. le ministre.

M. Bolduc: Écoutez. C'est une question complexe puis c'est important qu'on le comprenne comme il faut, puis il n'y a pas eu de commande de rallonger le temps. Mais, si on veut comprendre un dossier, comme le veut le député de Marie-Victorin, il faut qu'on nous laisse le temps de l'expliquer comme il faut, et M. Gignac... Moi, je suis très, très bien. Je ne sais pas si le député de Marie-Victorin a de la difficulté à suivre, là. Moi, je suis très, très bien. Pour arriver à la conclusion à la fin: Pourquoi on arrive avec une différence puis pourquoi est-ce qu'on a choisi le meilleur projet au meilleur prix...

M. Drainville: M. le Président, un rappel au règlement. Un rappel au règlement. Ce n'est pas pertinent à la question.

M. Bolduc: ...puis, moi, je vais insister pour qu'on ait l'explication comme il faut parce que...

M. Drainville: M. le Président, rappel au règlement, s'il vous plaît.

M. Bolduc: M. le Président, si on n'est pas capable d'expliquer les dossiers comme il faut...

Le Président (M. Bérubé): Un instant! Un instant! Je vais laisser le ministre terminer...

M. Drainville: Non. Sur un rappel au règlement, je demande la parole.

Le Président (M. Bérubé): Sur une question de règlement.

M. Drainville: Merci. Ce n'est pas pertinent à la question que j'ai posée. J'ai posé une question à M. Gignac, je lui ai demandé de faire preuve de synthèse. J'aimerais ça qu'il termine sa réponse. Ce que nous apporte le ministre n'est absolument pas pertinent à la question que j'ai posée.

Le Président (M. Bérubé): Juste avant, vous indiquer également qu'on a un souci ici d'avoir des réponses qui ne sont pas souvent disproportionnées par rapport à la question. Pour le souci de pertinence, je jugerai. Juste... Je vous demanderais de conclure, M. Gignac, puis ensuite M. le député de Marie-Victorin pourra continuer avec ses questions. M. Gignac.

M. Gignac (Clermont): Juste... Je suis peut-être long mais des projets de 500 millions à Montréal, ça ne pleut pas, et c'en est un, projet de 500 millions. Ça ne s'explique pas toujours d'une façon synthétique. Je vais essayer d'être plus bref.

Donc, en investissement... en investissant immédiatement pour rénover d'une façon majeure l'édifice, c'est-à-dire augmenter les normes au point de vue parasismique, etc., ça permettait au CHUM, immédiatement lors de la livraison du complexe Centre de recherche, d'avoir cette flexibilité-là de permettre aux cliniques... et la flexibilité de transférer du clinique avec même des... une partie de certains locaux du Centre de recherche dans le nouveau bâtiment, et ça permettait ça.

Donc, on a présenté un projet en disant: Écoutez, si vous regardez l'investissement sur les 20, les 15 prochaines années, investissons immédiatement puis le CHUM va pouvoir profiter de la flexibilité de ses locaux. Et c'est comme ça qu'est passé le budget de 320 à 470.

Mais je voudrais juste rajouter, dans ma fin de synthèse, une dimension importante. Toute la dimension... On parle des coûts de construction, mais toute la dimension des coûts de financement... Parce que tout le financement était changé. Bien des paramètres étaient changés à cause de la situation actuelle. Donc, il y en a une grande proportion, c'est dû à l'ajustement des paramètres financiers, et l'autre partie, due à cette décision, je pense, assez logique, de flexibilité.

Le Président (M. Bérubé): Merci. Merci, M. Gignac. M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: D'abord, M. le Président, vous noterez que, dans cette réponse-là, on a, d'une certaine façon, la réponse à la question que beaucoup de gens se posent:

Comment se fait-il que les projets en mode PPP sont-ils à ce point problématiques tant sur le plan du respect des échéanciers que sur le respect du budget fixé? C'est qu'on nous dit: On a lancé un projet puis, en cours de route, on se rend compte que finalement l'édifice qu'on avait prévu inclure dans le projet n'était plus adéquat pour les besoins du projet. Et c'est cette espèce d'improvisation qu'on observe constamment dans ces projets-là depuis le début et ça explique, à mon avis, largement la raison pour laquelle ça prend tant de temps à les lancer, ces projets en PPP, et la raison pour laquelle leur budget ne cesse d'augmenter.

Et, dans le fond, moi, la question que je voudrais poser au ministre, M. le Président: Quand M. Gignac a été nommé à son poste actuel, son mandat principal, c'était de s'assurer du contrôle des coûts. Et là on se rend compte, avec le projet du CRCHUM, que les coûts sont passés de 320 millions à 470 millions. Il y a sans doute des bonnes raisons, comme celles qui viennent de nous être données, là, mais en bout de ligne, là, il n'y aura jamais des assez bonnes raisons qui justifieront qu'on augmente de 50 % le coût du projet.

Et, dans le fond, la question que je veux poser au ministre est la suivante: M. Gignac, il a gagné, en 2008-2009, un salaire de 293 000 \$ plus un bonus de 38 000 \$. Dans la mesure où son principal mandat est de contrôler les coûts des projets et dans la mesure où, dans le cas du CRCHUM, le projet est passé de 320 millions à 470 millions, une augmentation de 150 millions ou de 50 % du projet, est-ce que le ministre de la Santé juge que le directeur exécutif s'est bien acquitté de son mandat de contrôler les coûts dans le cas du CRCHUM? Et est-ce qu'il a mérité, selon lui, son bonus de 38 000 \$?

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

M. Bolduc: M. le Président, je vais faire un préambule. Quand le député de Marie-Victorin, il dit, là, qu'il n'y a rien qui excuse l'augmentation des coûts, je vais lui dire, je vais lui faire une réponse: La santé des gens, ça peut mériter de se réajuster en cours de route. Puis, quand il parle du mode PPP qui ne permet pas de contrôler les coûts, il ne comprend... il ne sait pas du tout de quoi il parle, puis il y a une explication très simple.

Si ça avait été le PQ, c'est quoi, qu'ils auraient fait? Ils auraient fait comme la rivière des Mille-Îles, là, quand ils ont fait le tunnel: à la fin, tout ce que ça aurait fait, ça aurait fini tout simplement au milieu du fleuve et puis... au milieu de la rivière et puis par la suite ils auraient rajouté de l'argent.

Le projet PPP, le principe, c'est qu'au début on définit nos besoins, on fait faire le projet et on va en soumissions. Mais, avant de débiter la construction, on sait combien ça coûte et, à ce moment-là, on fait un choix. Le choix, dans le projet du CHUM a été d'améliorer le projet, de le bonifier en sachant que ça coûtait plus cher. Et, si je comprends bien le député de Marie-Victorin, ce que le PQ aurait fait, là, ils auraient gardé la bâtisse non renouvelée sans planifier sur 15 ou 20 ans, et, dans 10 ans, il aurait fallu ramasser le problème puis dire: Maintenant, pourquoi, voilà 10 ans, ils n'ont pas pensé à faire un bon projet puis de le faire comme il faut? C'est ça, la différence entre le Parti québécois puis le Parti libéral. Nous autres, ce qu'on fait, on le fait bien et on le fait au juste prix. Et il y a eu des soumissions et on a un projet qui était tout à

fait adéquat, et maintenant le député de Marie-Victorin ira dire à la population de Montréal puis il ira dire à la... aux médecins, aux chercheurs...

Le Président (M. Bérubé): M. le ministre, question de règlement.

M. Bolduc: ...aux chercheurs du CRCHUM que ce n'était pas pertinent d'avoir le meilleur projet pour Montréal.

Le Président (M. Bérubé): Oui, oui.

M. Drainville: Sur un rappel au règlement, là.

Le Président (M. Bérubé): Question de règlement.

M. Drainville: J'ai posé une question bien, bien... Le ministre est mal parti, là, pour ces crédits-là, il fait beaucoup de politique partisane. Moi, je parle de fonds publics, là.

Le Président (M. Bérubé): Votre question...

M. Drainville: Je viens de lui poser une question très simple puis il ne répond pas à la question: Est-ce qu'il juge que, pour un gestionnaire qui doit contrôler les coûts et qui a fait augmenter les coûts d'un des trois projets de plus de 50 %... Est-ce qu'il juge que M. Gignac a mérité son boni de 38 000 \$ pour 2008-2009, oui ou non?

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

M. Bolduc: M. le Président, le député de Marie-Victorin est un sophiste en disant tout simplement que...

Une voix: ...

M. Bolduc: M. le Président, je voudrais finir ma réponse.

M. Drainville: M. le Président, sur une question... sur un appel au règlement.

Le Président (M. Bérubé): Question de règlement.

M. Bolduc: En disant que c'était... en disant que c'est M. Gignac...

Le Président (M. Bérubé): Un instant! Question de règlement. M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Remarque injurieuse, c'est quoi, l'article? 35, propos blessants, injurieux, etc.

Le Président (M. Bérubé): Écoutez...

● (16 h 30) ●

M. Drainville: J'invite le ministre, M. le Président, à répondre à la question et à laisser faire les qualificatifs de toutes sortes, parce que, s'il veut se lancer dans cette petite game là, d'abord les gens qui l'écoutent vont penser qu'il est encore plus incompétent qu'ils ne le pensent déjà, hein?

Le Président (M. Bérubé): Merci, mais, non, il ne faut pas en rajouter, il ne faut pas en rajouter.

M. Drainville: Non?

Le Président (M. Bérubé): Question de règlement, M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: M. le Président, le député de Marie-Victorin n'est peut-être pas satisfait des réponses du ministre, mais le ministre a le droit de répondre à la question et de donner les informations de façon...

Une voix: ...

M. Chevarie: Non, je ne parle pas là-dessus mais sur votre première intervention. Le ministre répondait à votre question.

Le Président (M. Bérubé): Écoutez...

M. Chevarie: Maintenant, vous n'êtes pas satisfait de la réponse, là, c'est autre chose.

Le Président (M. Bérubé): Écoutez, je vous arrête là. D'abord, je vous invite à ne pas vous interpellier de part et d'autre, je vous invite à la prudence de part et d'autre pour s'assurer d'avoir un exercice qui est sain et éclairant quant à l'étude des crédits, et évidemment d'avoir un souci... Évidemment, je ne peux pas évaluer la nature des réponses ou la satisfaction quant aux réponses, mais évidemment je vous rappelle le sens de cet exercice-là: c'est la possibilité, pour l'ensemble des parlementaires, du gouvernement comme de l'opposition, de poser des questions précises sur les crédits. C'est un exercice annuel. Alors, je vous invite à rester dans cet esprit-là, et en ce sens-là je demanderai au député de Marie-Victorin de poursuivre ou au ministre de compléter sa réponse sur la question très...

M. Drainville: M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): Oui.

M. Drainville: Comme il reste peu de temps, comme il reste peu de temps, visiblement le ministre a décidé de ne pas répondre à ma question, les gens décideront de... ils jugeront de...

M. Bolduc: Question de règlement. Question de règlement.

Le Président (M. Bérubé): Oui? Question de règlement.

M. Drainville: J'ai le temps d'une dernière question...

Le Président (M. Bérubé): On le retranchera.

M. Bolduc: Question de règlement, M. le Président.

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

Une voix: ...

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

M. Bolduc: M. le Président, le député de Marie-Victorin m'a interrompu alors que je répondais. Je devrais avoir le droit de répondre de façon adéquate à sa question, puis je demanderais à terminer ma réponse parce que...

M. Drainville: Vous avez eu le temps de répondre...

M. Bolduc: Non, M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin. Juste pour terminer votre intervention, puis ensuite je prendrai ici la question de règlement.

M. Bolduc: De plus...

M. Drainville: Répondez à la question. La question était très simple, sinon je vais passer à une autre question.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin, le temps est terminé. On peut permettre au ministre de terminer sa réponse sur le sujet qui est évoqué par le député de Marie-Victorin. Et, de toute façon, le temps est comptabilisé au total.

M. Drainville: J'aimerais le consentement de cette commission pour pouvoir avoir deux minutes supplémentaires pour pouvoir conclure ce bloc-là.

Des voix: ...

M. Drainville: Alors, M. le Président...

Le Président (M. Bérubé): Bon, manifestement, on n'a pas de consentement.

M. Drainville: ...pendant ces crédits-là, M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): Bon. Écoutez, ça met fin à ce bloc-là. Je vous rappelle encore une fois qu'il faut garder un certain décorum, et de part et d'autre j'ai entendu des choses qui mériteraient prudence. Alors, à la suggestion du parti formant le gouvernement, on me propose une pause de cinq minutes qui seraient retranchées sur le temps du dernier bloc. C'est bien ça? Est-ce qu'il y a...

Une voix: ...

Le Président (M. Bérubé): Alors, on n'a pas le consentement. Alors, on poursuit... En fait, on continuerait.

M. Drainville: ...il n'y a pas de consentement.

Le Président (M. Bérubé): Alors, il n'y a pas de consentement. Alors, on passe au côté du parti formant le gouvernement, et je reconnais la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je ne sais pas si je peux céder la parole à M. le ministre, si vous aviez terminé votre réponse à la question précédente.

M. Bolduc: Oui. Bien, écoutez, je pense que... je suis d'accord avec le député de Marie-Victorin: il faut

garder un certain niveau. Où je n'étais pas d'accord, c'était tout simplement de remettre en question la compétence du chargé de projet des CHU, pour la simple raison que ce n'est pas lui qui a fait que les coûts ont augmenté, au contraire, ce sont des contrôleurs, et, s'il y a quelqu'un qui a été rigoureux dans la méthode d'évaluation et dans les discussions avec les différents consortiums, c'est bien M. Gignac, et là-dessus il faut lui reconnaître.

Le fait que ce soit plus dispendieux, c'est parce qu'on en a plus pour notre argent et qu'on a bonifié le projet en cours de route. Également, c'est un projet qui doit donner satisfaction aux médecins, aux chercheurs, et, à la fin, ce qui est important, c'est de construire un projet pour les 30 à 50 prochaines années. C'est pour ça que les décisions finales, c'est vraiment dans un objectif d'offrir ce qu'il y a de mieux aux Québécois à un prix raisonnable.

Où je n'étais pas d'accord, c'est de remettre en question les compétences de notre chargé de projet qui est reconnu dans le monde du génie pour sa rigueur.

Le Président (M. Bérubé): Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, à moi de saluer M. le ministre, M. le député de Marie-Victorin et l'ensemble des experts qui appuient le ministre jour après jour, et je dirais même qui appuient l'ensemble des députés parce que, chacun dans nos comtés, nous sommes interpellés par nos commettants jour après jour par rapport aux soins de santé parce que c'est très, très important.

L'économie, c'est important, mais les soins de santé aussi, et ce que j'aime de l'étude des crédits annuels, c'est qu'on n'est pas dans les fameux clips de 1 min 30 s qui ont servis le député de Marie-Victorin jour après jour pour discuter de sujets très sérieux. Aujourd'hui, on prend le temps de répondre aux vraies questions. On a la chance d'avoir les experts avec nous aujourd'hui, et, pour l'ensemble des citoyens qui nous écoutent, je crois que c'est important de leur donner la voix qui leur revient, même si c'est une fois par année, cet exercice, qui est un passage obligé pour tout le monde.

D'entrée de jeu, je dois dire que le député de Marie-Victorin fait souvent preuve de méconnaissance des dossiers de santé parce qu'il parle très... en général, lorsqu'il parle d'un désastre, lorsqu'il parle de vraiment on n'a pas répondu à l'appel et, moi, je suis une députée de l'Outaouais et je suis certaine que, si vous rencontriez des gens en Outaouais, je suis un peu la députée de la santé. Pour moi, c'est très, très important, aussi important que pour vous, le dossier de la santé et des services sociaux en Outaouais.

Et je veux parler des progrès en matière de santé que l'on a franchis, qu'on a réalisés depuis 2003. Il y a des chiffres d'abord qui ne mentent pas. En 2003-2004, au moment où vous avez quitté la gouvernance, les crédits alloués à l'Outaouais étaient de 421 millions par année. On est rendus à 610 millions et plus. C'est une augmentation de 44 % des budgets. Alors, moi, j'aimerais bien... c'est malheureux, nos amis de tout à l'heure n'y sont plus, mais ça, 44 % des budgets de plus, M. le Président, c'est... j'aime penser que c'est plus de chirurgies effectuées, que c'est du recrutement accru de précieux personnel médical et aussi la mise à niveau des infrastructures qui répondent aux besoins grandissants de notre population.

Vous le savez, le vieillissement de la population, ça fait en sorte qu'il y a de plus en plus d'achalandage dans les urgences, dans nos établissements de santé, et ça mène aussi à l'embauche de personnel cadre, des experts qui sont là pour appuyer le ministère et tous les services de santé qui sont commandés par la population.

Vous savez, l'Outaouais a une situation particulière en raison de sa proximité avec l'Ontario, et ça, ça met un... ça nous pose un défi supplémentaire, nous, les députés de l'Outaouais, et, pour remédier à la grave pénurie de main-d'oeuvre qui sévit chez nous, notre gouvernement, le gouvernement libéral, le ministre qui a précédé le ministre actuel avait octroyé un statut particulier qui représentait des investissements et qui représentait encore des investissements supplémentaires de 20 millions par année. C'est un montant récurrent, et ça, c'est pour nous aider à régler la pénurie, à régler le fait que, l'Ontario et le Québec, on a des salaires différenciés. Et les ordres professionnels, vous savez, les... l'Ordre des infirmières du Québec, les médecins, et tout ça, ils ne voudraient pas qu'il y ait une disparité par rapport au salaire en Outaouais et ailleurs au Québec.

Alors, nous, par l'entremise de ce statut particulier, juste en 2009, ça nous a permis de recruter 14 médecins omnipraticiens, 12 médecins spécialistes qui ont été recrutés suite aux mesures particulières financées par ce statut particulier, et ça, ça fait une grande différence dans notre réseau en Outaouais. Et ça, c'est un gouvernement libéral qui a été à l'écoute des besoins de la population, et qui y remédie, et qui y consacre des montants importants comme je le mentionnais tout à l'heure.

Il y a aussi le campus santé. On a fait le pari, nous, en Outaouais... Je parle de ce qui se passe en Outaouais, je sais que les experts ici sont au courant, mais le député de Marie-Victorin... quelquefois, il faut faire un peu de pédagogie. On a mis en place un campus santé parce qu'on a pris le pari que, si les gens étaient formés en Outaouais, ils s'y installeraient et y travailleraient.

● (16 h 40) ●

Alors, vous savez que, pour mettre un médecin à la retraite, ça prend cinq minutes; pour le former, c'est de sept à 10 ans. Alors, on verra pourquoi plus tard le fait que nous ayons augmenté les admissions dans les universités, ça aura certainement un impact positif sur l'ensemble du Québec, mais je peux vous dire qu'en Outaouais, d'ici 2012, suite à notre campus santé, ce seront 97 infirmières, 20 infirmières auxiliaires, 59 paramédics, 20 techniciens ambulanciers, 20 inhalothérapeutes de plus qui seront formés en Outaouais et qui, fort probablement, vont vouloir y demeurer. Alors, moi, je pense que ce sont des initiatives qui valent la peine d'être discutées, énumérées, rappelées dans le cadre de cette étude de crédits.

Plan d'action en santé mentale

À titre de députée, comme je le mentionnais tout à l'heure, ça nous tient à coeur, les soins de santé. Puis, je dois vous dire, on a une initiative, en Outaouais, de l'agence de la santé et des services sociaux, que quelques membres du Parlement veulent abolir, qui font des choses extraordinaires. Vous savez, moi, à titre de députée, je ne suis pas une experte du réseau de la santé, M. le Président, mais à tous les jours je reçois un document qui me parle de la situation dans les urgences de l'Outaouais, et ce,

quotidiennement. Je peux vous dire le nombre de personnes sur civière. Je sais le nombre de visites dans les derniers 24 heures, combien de personnes sont là depuis 24 heures, depuis 48 heures, les cas de santé mentale, les personnes qui sont admises, qui sont en attente de lit. En tout cas, je connais tous les détails qui entourent les soins de santé en Outaouais, et, à mon avis, ça, ça fait preuve d'une grande transparence et d'une volonté d'améliorer la situation.

Je peux déjà vous dire qu'à l'Hôpital de Hull, qui est un hôpital de traumatologie, qui est un hôpital très, très efficace et efficient, dans le dernier 24 heures, 5 % des gens qui sont arrivés à l'urgence étaient des personnes qui présentaient des problèmes de santé mentale.

Pour avoir pris part au mandat d'initiative sur l'itinérance, on nous a parlé longuement de la désorganisation qui était présente dans les urgences des hôpitaux. Quand une personne qui a des problèmes de santé mentale, qui est en crise, qui est désorganisée, quand elle se présente dans une urgence, ce n'est pas facile pour le personnel, ça désorganise l'ensemble des intervenants. Et, même les personnes en attente de consulter un médecin... vous savez, quand vous êtes là avec votre bébé, vous voyez arriver quelqu'un, là, qui est complètement désorganisé, qui crie puis qui a besoin vraiment, là, d'un appui constant, ça peut faire peur puis ça peut aussi faire peur même au personnel. Alors, ça, ça nous a été dit très souvent dans le cadre du mandat d'initiative sur l'itinérance.

Et je vous rappelle qu'en 2003 c'était une grande priorité, une priorité de notre gouvernement, la santé mentale, et c'est pour ça que nous avons mis de l'avant un plan d'action 2005-2010 qui s'appelle La force des liens. Et ce plan d'action en santé mentale, ça voulait premièrement amener un rapprochement des services de première ligne et des besoins de la clientèle en santé mentale, mais aussi des proches. Ce n'est pas la même chose quand quelqu'un se présente avec un bras fracturé, la maman, à l'urgence, qu'une personne que, là, on vient d'obtenir un diagnostic de schizophrénie, puis là, ça, ça va avoir un impact sur la vie de tout le monde dans la famille.

Alors, ce plan d'action en santé mentale a été vraiment précurseur d'un beau rapprochement entre les divers services. On ne travaille pas en silo, on travaille ensemble, avec une équipe multidisciplinaire. C'est les jeunes, les adultes. On assure vraiment les services dans chacun des CSSS. Et puis ça, c'est toujours en concertation avec les médecins de famille, les ressources communautaires qui sont combien précieuses, puis même les ressources privées lorsqu'on parle de vraiment hébergement dans la communauté.

Et je dois dire que cette importance-là en santé mentale, elle est présente, et aussi en Outaouais le ministre a fait une tournée récemment, et ça a été une de ses conclusions qu'il fallait vraiment apporter un regard plus soutenu sur la dispensation des soins en santé mentale en Outaouais. Parce que, vous savez, l'itinérance, l'exclusion sociale, ça représente un défi majeur en Outaouais qui... bien qu'elle soit vraiment... qu'elle présente un fort potentiel économique, dans l'Outaouais, on cache plusieurs zones de pauvreté, et tout ça, alors, à titre de députée, ça, ça m'interpelle énormément.

C'est pour ça que je voudrais... j'en viens à ma question, finalement, je voudrais savoir... Nous sommes à la dernière année de ce fameux plan d'action. Je sais que ça a fonctionné dans d'autres régions, il y a des endroits

où ça a été plus difficile, comme en Outaouais. J'aimerais que vous élaboriez pour nous où vous en êtes dans la mise en oeuvre de ce fameux plan d'action.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, je pense, c'est important de souligner que, du 3 au 9 mai, se tient la 59e Semaine de la santé mentale, de l'Association canadienne pour la santé mentale. Je pense que c'est une semaine très importante dans laquelle il y a plusieurs activités. Et, pour bien répondre à votre question, j'inviterais Dr André Delorme, qui est responsable au ministère, là, de tout le volet Santé mentale.

Le Président (M. Bérubé): M. Delorme. Même chose que pour M. Gignac, veuillez nommer votre nom et votre fonction exacte pour le bénéfice des gens qui nous écoutent et qui prennent des notes.

M. Delorme (André): Bonjour, M. le Président. Mon nom est André Delorme. Je suis le directeur de la Santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, je veux vous remercier pour cette opportunité de vous parler du plan d'action. Si vous me permettez, M. le Président, je vais peut-être juste situer l'ampleur des problèmes de santé mentale au sein de notre société. D'abord, ça touche la population de zéro à 100 ans. Ça touche, avec les troubles graves comme la schizophrénie ou la maladie bipolaire, 2 % à 3 % de notre population. C'est déjà beaucoup de monde. 15 % de la population, au moment où on se parle, souffre présentement de troubles modérés. Une personne sur cinq dans notre société va souffrir de dépression. Alors, quand on met tout ça bout à bout, c'est la cause numéro deux des coûts associés aux différentes pathologies que la société doit desservir. Selon les chiffres de l'Organisation mondiale de la santé, 23 % de ces coûts-là sont consacrés aux maladies cardiaques, 20 % pour toutes les maladies de santé mentale et, si on compare avec tous les cancers confondus, c'est 13 %. Alors, vous voyez l'ampleur du problème et des coûts que ça génère pour notre société.

Le deuxième commentaire d'ouverture que je veux faire, si vous me permettez, M. le Président, c'est de parler un peu d'organisation des services. En 1960, les services étaient exclusivement construits autour des asiles, qui accueillaient et qui hébergeaient de façon quasi permanente les gens qui avaient des problèmes de santé mentale. À partir des années soixante, on a commencé à sortir les gens des asiles et se rendre compte qu'une personne qui avait un problème de santé mentale pouvait avoir une réadaptation et commencer à s'intégrer au sein de notre société. Alors, au cours des années soixante-dix et quatre-vingt, on a construit, on a développé des services — essentiellement des services de deuxième ligne — autour des cliniques externes et des cliniques d'hospitalisation dans nos hôpitaux généraux, mais c'étaient essentiellement des services qui étaient consacrés et qui offraient des services pour les gens qui avaient des troubles graves, les 2 % ou 3 % de la population dont je vous parlais en ouverture, alors qu'il reste beaucoup de gens dans la société qui ont des problèmes modérés, comme la dépression et les troubles anxieux.

Et c'est dans ce contexte-là que l'Organisation mondiale de la santé, la politique de santé mentale du Québec de 1989, la littérature scientifique, tout le monde s'entend pour dire que, pour offrir des soins en santé mentale, il faut les offrir le plus près possible de la communauté. Et c'est dans ce contexte-là que le plan d'action a été développé et annoncé en 2005. On a tendance à beaucoup parler du plan d'action en fonction des services de première ligne qui ont été développés, et c'est une étape majeure et une des réussites du plan d'action, mais je pense que ça vaut la peine de faire un peu le tour, parce qu'il y a de nombreuses autres réussites qui sont souvent passées sous silence, et je pense que c'est important que les membres de la commission puissent être au courant de ces différents éléments là.

D'abord, je pense que l'objectif, la vision qu'on a voulu donner à ce plan-là, c'était de centrer la personne qui était utilisatrice de services au centre de tout ça. Ça paraît un peu... Je comprends que la plupart des gens vont vous dire ça, mais, pour vous illustrer ça, on a pris la peine d'avoir des utilisateurs et des parents sur les comités et les réunions qui ont mené à la rédaction du plan d'action, on a intégré des usagers dans la tournée de promotion du plan d'action qui a visité toutes les régions du Québec, et on a fait d'autres mesures sur lesquelles je vais revenir dans un instant.

Un des éléments qui est primordial dans le plan d'action, c'est toute la notion de lutter contre la stigmatisation. Les gens qui souffrent de maladies mentales sont souvent victimes de stigmatisation de la part de leur entourage. Et la littérature mondiale s'accorde sur l'importance de devoir accompagner la société dans le changement de leurs perceptions par rapport aux gens qui souffrent de maladies mentales. Et donc, depuis trois ans maintenant, nous avons une grande campagne nationale de lutte à la stigmatisation dans les différents médias du Québec pour vraiment tenter de changer l'image que les gens se font des gens qui souffrent de santé mentale.

Et c'est une illustration, ici aussi, de l'importance qu'on accorde aux usagers, puisque ce qui est ressorti pour nourrir notre campagne de lutte, à la télévision et à la radio, a été essentiellement nourri à partir de focus groupes qu'on a fait avec des usagers qui avaient différentes pathologies, qui souffraient soit de dépression, de troubles anxieux, de schizophrénie, de maladie bipolaire. Ils nous ont tous dit l'importance pour eux du regard des gens autour d'eux qui les ostracisaient, qui les jugeaient, qui leur passaient le message de: Bien, on sait bien, t'es paresseux, t'as une maladie, tu profites du système, c'est juste une excuse pour arrêter de travailler. Et c'est vraiment à partir de ces propos-là, recueillis auprès des gens qui en sont la première victime, que nous avons construit notre campagne de lutte à la stigmatisation.

● (16 h 50) ●

Si on regarde, par la suite, les services de crise, il y a des services de crise partout dans la province. Et ces services de crise là, qui sont des services à la population en général, on travaille très fort à les arrimer avec les services de santé mentale. Ça a un impact, entre autres, sur toute la question de la consommation à l'urgence. Un bon service de crise dans la communauté, ça permet souvent de résoudre une situation de crise et de permettre d'éviter que quelqu'un soit amené à l'urgence pour aller y chercher des services médicaux, alors que ce n'est souvent

pas une question médicale qui déclenche la crise. Alors, ça aussi, c'est un élément sur lequel on a travaillé.

L'élément qui est le plus connu, c'est sans doute le développement des équipes de première ligne. En santé mentale, on a développé à la fois des équipes de première ligne chez les jeunes et des équipes de première ligne pour la population adulte. On a établi des normes claires de... des cibles, si vous le voulez, à développer, et, parmi ces cibles-là, il y a à la fois des cibles de personnel, alors on a énoncé des balises de développement de personnel, et, pour les jeunes, donc — je vous rappelle qu'on parlait d'aucun service de première ligne ou à peu près — on a développé maintenant environ 65 % à 70 % des cibles qui étaient énoncées au plan d'action. Alors, c'est des développements importants à travers toute la province, ce qui permet à des équipes de première ligne de se retrouver dans la plupart des CSSS maintenant qui desservent notre population.

Et on a également énoncé, et ça, c'est une première en santé mentale au Québec, des balises d'accès, parce que, vous savez, M. le Président, dans certaines régions du Québec, il y avait... avant le plan d'action, il y avait certaines régions du Québec où quelqu'un était référé, par exemple, par son généraliste — on a parlé tout à l'heure de l'importance des généralistes — quelqu'un pouvait, après la référence de son généraliste, devoir attendre jusqu'à trois ans pour voir un spécialiste en clinique externe de psychiatrie. Il n'y a pas une autre spécialité, M. le Président, où on aurait toléré une aussi longue attente. Et donc la mise en place de balises d'accès qui sont chiffrées, c'est-à-dire qu'on s'attend à ce qu'un généraliste qui réfère quelqu'un à ces services de première ligne là puisse avoir une réponse à l'intérieur de sept jours et puisse avoir... puisse compter que son patient aura des services à l'intérieur de 30 jours, alors ça, c'est une nouveauté dans le paysage de la santé mentale au Québec. C'est aussi... Ce sont les mêmes balises, tant pour les enfants et les jeunes que pour les adultes.

On a par ailleurs énoncé des balises pour les services de deuxième ligne qui demandent à ce que quelqu'un soit desservi à l'intérieur de 14 jours pour... c'est-à-dire qu'un référent reçoive une réponse à l'intérieur de 14 jours et que le client, lui, puisse compter sur des services à l'intérieur de 60 jours. Alors, ce sont là des balises importantes, là, qui donnent à la fois plus d'accessibilité en termes géographiques, mais également plus d'accessibilité en termes de temps.

Du côté des jeunes, je pense que c'est important de dire qu'on a fait beaucoup d'efforts pour développer le réseau des équipes de deuxième niveau dans les centres jeunesse. Les équipes de deuxième niveau, ce sont des équipes de référence qui desservent les gens qui travaillent sur le plancher, en particulier lorsqu'il y a une situation ou une menace de suicide en première ligne. Et ça, ça a eu un impact sur la réduction du taux de suicide au sein des centres jeunesse.

Je pourrais vous entretenir encore longtemps, là. Il y a de nombreux autres points là-dedans. Je veux rapidement tout simplement dire qu'il y a eu des développements en termes de soins partagés avec la mise en place de psychiatres répondants...

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. Delorme. On est prêts à passer au groupe formant l'opposition

officielle, et je reconnais le député de Marie-Victorin pour un bloc de 20 minutes.

M. Drainville: Merci, M. le Président. D'abord, en réponse à ma collègue de Hull qui nous parlait des progrès de son gouvernement en matière de soins de santé en Outaouais, alors j'attirerais son attention sur le fait que, entre 2005-2006 et 2009-2010, la durée moyenne d'attente à l'urgence a augmenté dans l'ensemble des hôpitaux de l'Outaouais. C'est passé de 19,9 heures à 20,3 heures, donc il n'y a aucun progrès. Il y a même une détérioration.

Mobilité des médecins

Par rapport à l'accès aux médecins, j'attire son attention sur la déclaration qu'elle avait faite en novembre 2008: *Mon médecin est en Ontario*. Elle avait déclaré ça, la députée de Hull. Elle n'était pas députée à ce moment-là, elle faisait campagne et elle avait plaidé, entre autres, M. le Président, pour mettre en place des couloirs de service entre le Québec et l'Ontario. Et le journaliste notait: «*Ses propos tranchent avec le discours ambiant des dernières années en faveur du rapatriement, au Québec, des soins de santé dispensés en Ontario.*»

Parce que le genre de couloir dont elle... auquel elle faisait référence risque de détériorer une situation, M. le Président, qui est encore extrêmement inquiétante actuellement. Les derniers chiffres que nous avons: la facture des soins prodigués à Ottawa pour des patients demeurant en Outaouais a atteint, en 2008, 78,3 millions de dollars. Ça, c'est de l'argent, M. le Président, qu'on prend essentiellement, là, de la RAMQ puis avec lequel on paie des médecins ontariens. Cette facture-là, là, facture de soins donnés en Ontario pour des patients de chez nous, elle a bondi de 67 % depuis 2004. En 2004, ça nous coûtait 46,8 millions pour faire soigner des Québécois en Ontario, des Québécois de l'Outaouais, là, ça nous en coûte 78,3. Évidemment, M. le Président, ça, c'est de l'argent qu'on pourrait garder chez nous, au Québec, pour développer des services de soins de santé au Québec, en Outaouais en particulier, mais la députée de Hull préférerait qu'on développe des corridors de services ou des couloirs de services, comme elle les a appelés, entre le Québec et l'Ontario.

Alors, je ne sais pas si le ministre est d'accord avec ce genre de politique, mais, s'il l'est, ça, ça nous ferait une belle nouvelle, parce qu'effectivement la politique officielle du gouvernement, c'est plutôt que de faire soigner des Québécois en Ontario, d'essayer de les faire soigner le plus possible au Québec.

Parlant d'ailleurs de médecins ontariens, M. le Président, ou de médecins qui pratiquent en Ontario, on apprend ce matin que le nombre de médecins qui sont des diplômés de l'Université McGill, de la Faculté de médecine de McGill, et qui quittent le Québec est de 45 %. C'est-à-dire qu'il y a 45 % des diplômés de la Faculté de médecine de McGill qui avaient quitté le Québec en juillet 2009, deux ans après avoir complété leur résidence.

Et j'aimerais poser la question au ministre de la Santé, M. le Président: Qu'est-ce que notre ministre de la Santé pense de cette situation? Est-ce qu'il trouve ça normal qu'il y ait autant de médecins formés à McGill qui quittent le Québec?

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

M. Bolduc: Bon, dans un premier temps, ce qui est important, c'est le bilan, c'est-à-dire les... qu'il y ait des médecins qui vont pratiquer à l'extérieur et ceux de l'extérieur qui reviennent ici, puis le bilan du Québec est positif. La politique de notre gouvernement, c'est d'avoir une ouverture, d'essayer de recruter en Europe, d'offrir des avantages pour les gens qui viennent pratiquer au Québec, et surtout de garder nos médecins au Québec.

Par contre, le Québec est une société ouverte, et je sais que le député de Marie-Victorin aimerait ça mettre des frontières partout et de façon à ce que les Québécois soit une société fermée, mais notre société est ouverte et les gens ont la mobilité à l'intérieur du Canada. Par contre, il faut le dire aussi, le retour des États-Unis, des autres provinces, des médecins québécois qui sont allés pratiquer à l'extérieur, ça se fait. Donc, on est pour la mobilité. On veut garder nos médecins au Québec, et, pour continuer un petit peu sur la voie qu'il disait tantôt sur la question de l'Outaouais, on veut avoir le rapatriement des soins le plus possible au Québec, mais il faut comprendre qu'il y a certains soins qui parfois peuvent se donner en Ontario à cause de la proximité, seulement qu'une rivière à traverser. Mais notre objectif, c'est que les gens se fassent le plus possible soigner au Québec.

Et là-dessus je rappellerais que, s'il y a eu des difficultés en Ontario au niveau des médecins puis au niveau des infirmières, il faut rappeler l'histoire de la mise à la retraite et... des médecins québécois qui ont encore de la difficulté à se remettre de ça. Mais, au cours des prochaines années, notre gouvernement a tellement augmenté les cohortes au niveau des étudiants en médecine, dont entre autres une unité de médecine de famille dans l'Outaouais... et je peux vous dire que ça donne des résultats pour avoir des médecins qui vont pratiquer au Québec, et également garder notre clientèle au Québec, et peut-être diminuer, on espère, diminuer fortement les gens qui vont aller consulter en Ontario.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Oui, mais ma question, ce n'était pas ça, M. le Président. Ma question, c'était: Est-ce qu'il trouve ça normal qu'il y ait 45 % des diplômés de McGill qui quittent le Québec deux ans après avoir fait leur résidence? Je parle bien évidemment des diplômés en médecine de McGill. Est-ce que c'est normal pour lui? Sa réponse semble indiquer que oui, mais j'aimerais ça qu'il réponde à la question: Est-ce qu'il trouve ça normal?

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

M. Bolduc: C'est le choix des médecins de décider où ils vont pratiquer, parce qu'on vit dans une société ouverte. Il faut rappeler qu'au Québec, c'est 83 % des étudiants qui restent au Québec dans leur pratique. Ce qu'il faut voir, si vous allez dans une province comme en Ontario, en Alberta, en Colombie-Britannique, il y a encore beaucoup plus de mobilité qu'au Québec, et il est habituel qu'il y ait des médecins qui vont aller pratiquer à l'extérieur. Et, parmi eux, il y en a qui vont à l'extérieur et qui reviennent par la suite.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président...

M. Bolduc: ...juste pour compléter, c'est que McGill forme également des médecins étrangers, dont une partie vont rester ici. Et puis il y a des médecins qui viennent de l'étranger qui vont retourner par la suite dans leur pays. Donc, c'est habituel qu'il y ait un peu plus de médecins que dans les autres universités qui vont retourner à l'extérieur du Québec.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin.

● (17 heures) ●

M. Drainville: M. le Président, la porte-parole du ministre déclare ce matin: «On connaît la situation — à propos des diplômés de McGill qui quittent — et on essaie de faire mieux pour retenir davantage de diplômés dans la province.» Alors, la porte-parole dit «On essaie de faire mieux pour [les] retenir», puis le ministre dit que c'est normal qu'ils s'en aillent. Est-ce qu'on peut savoir quelle est la position du gouvernement? Est-ce que c'est normal qu'ils s'en aillent ou est-ce que vous essayez de faire mieux pour les retenir au Québec?

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

M. Bolduc: Non, c'est cohérent, on aimerait mieux qu'ils restent le plus possible au Québec, mais c'est normal qu'il y ait une mobilité interprovinciale, c'est des choix de la part des médecins. Comme il y en a qu'après leur cours ils vont aller faire leur résidence en Alberta, comme il y a des médecins de l'Alberta qui viennent faire leur résidence au Québec et qui adoptent le Québec comme lieu de pratique par la suite. Moi, j'ai des collègues que c'est ce qu'ils ont fait.

Donc, moi, ce que je comprends, c'est que le député de Marie-Victorin, lui, ce qu'il veut, c'est mettre des frontières et séparer le Québec — on connaît le discours de séparer le Québec — et par la suite que tout le monde qui est au Québec n'a plus le droit de sortir, puis il n'y a personne de l'extérieur qui doit venir. Moi, je pense qu'on est une société plus ouverte que ça et je rappellerais qu'au Québec 83 % des étudiants vont adopter leur pratique au Québec.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: O.K. Mais, M. le Président, quand la porte-parole du ministre déclare: «...on essaie de faire mieux pour retenir davantage de diplômés dans la province», on essaie de faire mieux, vous essayez de faire quoi au juste?

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

M. Bolduc: M. le Président, en offrant des conditions de travail avantageuses, en ayant des groupes de médecine de famille. La médecine de famille, l'endroit le plus populaire, au Canada, pour les médecins de famille, c'est au Québec, et puis d'offrir des pratiques qui sont attrayantes. Une fois qu'on a dit ça, on est dans une société ouverte dans laquelle il y a une mobilité de la main-d'oeuvre

au niveau du Canada. Comme il y a des infirmières qui vont aller pratiquer dans d'autres provinces, il y a des infirmières d'autres provinces qui vont revenir pratiquer au Québec. C'est un choix des individus. Par contre, je pense que le Québec se compare de façon très avantageuse par rapport aux autres provinces par rapport à la qualité de la pratique.

M. Drainville: Ce qu'on comprend...

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Ce qu'on comprend, c'est que le ministre n'a pas l'intention de lever le petit doigt pour essayer de garder un plus grand nombre de nos diplômés de McGill au Québec, alors qu'on manque de médecins de famille. C'est à n'y rien comprendre. Mais je vais le laisser vivre avec sa réponse, M. le Président, et je vais passer à un autre sujet.

M. Bolduc: ...

M. Drainville: Je vais passer à un autre... Bien, il répondra quand j'aurai fini ma question.

Le Président (M. Bérubé): La question n'est pas terminée, M. le ministre. Ça ne saurait tarder.

Participation des médecins au régime public de santé

M. Drainville: Selon les documents que nous avons reçus, M. le Président, les documents du crédit ou de crédits, dis-je bien, nous avions, au 31 mars 2010, 236 médecins qui ne participaient plus au régime public de santé, donc 236 médecins qui étaient désengagés ou non participants. Il n'était que 79 de ces médecins en 2004-2005. Donc, on est passés, là, de 79 à 236 médecins non participants au Québec. C'est une augmentation de 200 %, ça, en l'espace de cinq ans. Est-ce que le ministre de la Santé peut nous dire s'il est inquiet du nombre important de médecins qui quittent le réseau public de la santé pour une pratique au privé et, privé-privé, on s'entend, là?

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

Mobilité des médecins (suite)

M. Bolduc: Bon. Dans un premier temps, pour répondre à la première question du député de Marie-Victorin, si je comprends bien, le Parti québécois, eux autres, ce qu'ils feraient, c'est qu'ils fermeraient les frontières et ils ne permettraient à aucun Québécois d'aller à l'extérieur, de peur de perdre leur clientèle, ce qui nous amènerait également qu'on n'aurait pas d'ouverture, donc ils ne prendraient pas des médecins qui viendraient de la France. Parce que, s'il appliquait ce principe-là, s'il ne veut pas que ces gens sortent à l'extérieur, il accepterait également le principe qu'il ne voudrait pas que des gens viennent pratiquer ici, ce qui ferait de nous une société fermée. Mais les Québécois ont l'esprit beaucoup plus ouvert que ça et ils acceptent qu'ils sont compétitifs dans le monde de la santé. La preuve, c'est 83 % des étudiants qui demeurent pratiquer au Québec.

Participation des médecins au régime public de santé (suite)

Pour ce qu'il s'agit des chiffres qu'il vient de mentionner, il dit: 79 à 236, c'est 200 % plus élevé; c'est 79 médecins sur 16 000 médecins versus 236 sur 16 000 médecins, c'est moins de 1 % des médecins qui changent leur pratique. Et il faut comprendre qu'est-ce que font ces médecins, c'est qu'au Québec il y a un développement au niveau de la chirurgie esthétique, ce qui fait que les gens vont faire de la pratique esthétique en privé, et c'est un choix encore là du type de services qu'ils veulent offrir, et à ce moment-là ils se désassurent.

Le député de Marie-Victorin devrait aller voir le type de pratique que ces gens font, c'est vraiment les chirurgiens plastiques, les médecins de famille qui font des... qui souvent décident d'orienter leur pratique vers de la chirurgie esthétique. Et je lui rappellerais que son 200 %, ça demeure toujours en bas du 1 % du nombre de médecins total. Et il doit voir également qu'il y a eu une augmentation significative du nombre de médecins au cours des deux dernières années, et ce nombre augmenté compense largement pour le nombre de médecins qui iraient dans une pratique privée dés assurée.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Il me reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Bérubé): 8 min 30 s.

M. Drainville: Alors, M. le Président, le problème, ce n'est pas le nombre, le problème, c'est la tendance. La tendance ne cesse d'augmenter, là. On est passé de 79 en 2004-2005 à 101 en 2005-2006, 111, 121, 158, 188, 236. En Ontario, vous savez ce qu'ils ont décidé de faire en Ontario? Êtes-vous au courant ou est-ce que je dois vous...

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin, il faut s'adresser à la présidence.

M. Drainville: Bien, je pose la... Oui. Est-ce que le ministre est au courant des moyens que l'Ontario a pris pour limiter le désengagement de ses médecins?

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

M. Bolduc: C'est un choix que l'on fait. Le ministre de la Santé du Québec pourrait à un moment donné dire que, si ça causait des problèmes au niveau du système public... décider de ne plus autoriser à ce qu'il y ait des gens qui aillent... qui se désassurent, mais, je dois vous avouer, au faible pourcentage que nous avons... sans compter que ces gens-là offrent des services qui sont différents, c'est-à-dire c'est des services à la population, des soins qui souvent sont de l'esthétique, qui de toute façon ne seraient pas couverts par le régime public.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, il me semble que je viens d'entendre le ministre nous dire, là, qu'il y avait

des omnipraticiens, des médecins de famille qui avaient décidé d'abandonner leur pratique de médecine générale pour aller faire du Botox. C'est ça que je viens d'entendre il y a quelques secondes, là. Il me semble qu'on...

M. Bolduc: ...partie.

M. Drainville: Oui. On a un problème de médecins de famille au Québec. Alors, la question que je vous pose... que je pose au ministre de la Santé, M. le Président, c'est: il y a une tendance, là, qui est inquiétante, on ne va pas attendre que le problème soit devenu trop gros, on va essayer de prévenir. On a actuellement... on connaît, année après année, une augmentation du nombre de médecins non participants. Je pose la question au ministre: Est-ce qu'il est inquiet?, et sa réponse, c'est: Non, non, je ne m'inquiète pas de ça, le nombre est tellement minime, tellement modeste qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter de ça. C'est le genre de réponses qui m'inquiètent, moi, M. le Président.

Je souhaiterais que le ministre nous dise: Effectivement, c'est une tendance qui ne va pas dans le bon sens, on ne souhaite pas que nos médecins, que nous formons à nos frais, aux frais du contribuable, quittent la pratique, quittent le public pour aller vers le privé-privé, ou encore, dans certains cas, M. le Président, ils ne passent même pas par le public, c'est-à-dire qu'ils quittent la faculté de médecine leur diplôme en poche, formés à grands frais par le contribuable. Je rappelle au ministre, au cas où il ne le saurait pas, là: un omnipraticien nous coûte 340 900 \$ à former, sans parler du spécialiste qui nous coûte entre 634 000 \$ puis 855 000 \$ à former, on s'approche du million là. Et ce que je souhaiterais, M. le Président, c'est que le ministre me dise: Bien, effectivement, là, ceux et celles que l'on forme aux frais du contribuable, il serait souhaitable, parce qu'on en a besoin dans notre système public de santé, il serait souhaitable qu'ils restent dans le système public le plus longtemps possible ou qu'ils fassent au moins quelques années dans le système public de santé avant de partir pour le privé-privé. Mais ce n'est pas ça que j'entends, M. le Président, j'entends: Ce n'est pas grave, le nombre est tellement modeste. Alors, je vous donne une autre chance, là. Est-ce que ça vous inquiète?

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

M. Bolduc: M. le Président, le député de Marie-Victorin n'arrête pas d'apeurer la population. Au cours des dernières années, on a augmenté beaucoup les cohortes de médecins. Ils sont beaucoup plus de nouveaux médecins qu'il y en a qui vont aller vers le privé. Les services privés... Le député de Marie-Victorin, là, il faut qu'il ait une ouverture d'esprit qu'il y a des pratiques médicales que les gens paient et qu'on a décidé comme gouvernement de ne pas assurer mais qui peuvent être des services médicaux que la population demande. C'est un choix de la population. Il y a également des gens, dans certains secteurs, qui ont décidé d'offrir des services en privé, dans lequel le patient paie, c'est un choix du patient. C'est certain que je préférerais que ces médecins restent dans le réseau public, c'est un choix du médecin et, pour le moment, étant très marginal le nombre de médecins qui pratiquent de façon dés assurée au niveau de la Régie de l'assurance maladie du Québec, il n'y a pas lieu d'intervenir.

Nous avons agi en gouvernement responsable en augmentant le nombre de retraite, puis il y a eu beaucoup plus de monde mis à la retraite par le Parti québécois qu'il y en a qui s'en vont vers les services privés et qui se désassurent. La grosse crise du réseau de la santé actuel, c'est les retraites qui ont été faites par le Parti québécois il y a plusieurs années et, dans quelques années, grâce à notre gouvernement qui a augmenté le nombre d'étudiants en médecine, on va réussir à contrecarrer l'effet néfaste de cette décision qui a été tragique pour le Québec.

● (17 h 10) ●

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin, il reste 3 min 50 s.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, on aura compris, là, il préfère que les médecins restent dans le régime public, mais il ne fera rien pour les garder dans le régime public. Alors, on aura compris ça, là. C'est la ligne de pensée qu'il épousait également lorsque je lui ai posé la question au sujet des médecins formés à McGill.

Centre de recherche du CHUM (suite)

J'aimerais juste finir, M. le Président, ce bloc-là en terminant ce que j'avais commencé sur le CRCHUM. Je posais une question au sujet du salaire et du bonus de M. Gignac. Est-ce qu'il est exact que son mandat se termine le 5 juin prochain, que son mandat arrive à échéance le 5 juin prochain?

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

M. Bolduc: Oui. Son contrat se termine le 5 juin prochain.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Et est-ce que je peux demander au ministre de la Santé, M. le Président, sur quelles bases le contrat de M. Gignac sera-t-il renouvelé?

Le Président (M. Bérubé): M. le ministre de la Santé.

M. Bolduc: Bien, sur la base de ses compétences et sur la base également qu'au Québec M. Gignac est reconnu comme quelqu'un connaissant beaucoup le domaine de la construction, des grands projets. Sa feuille de route est impressionnante. Et, de plus, nous sommes très satisfaits des services qu'il a offerts. Et son salaire est très compétitif avec ce que l'on retrouve au niveau du marché privé. Et puis M. Gignac n'est pas surpayé; il est payé à la juste valeur. Il faut voir que, présentement, il gère des projets qui sont de l'ordre de plusieurs milliards de dollars.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, juste pour les fins du procès-verbal, je tiens à souligner que le mandat du directeur exécutif était... le premier mandat, l'essence de son mandat, c'était de contrôler les coûts. Dans le cas du CRCHUM, les coûts sont passés de 320 millions à

470 millions. Dans le cas du CUSM, les coûts totaux du projet sont passés de 1 milliard, au 24 mars 2005, à 2,2 milliards aux derniers chiffres que nous avons. On parle de dépassement de coûts de 1,1 milliard. Et, dans le cas du CHUM, le projet s'élevait à 1,1 milliard au 24 mars 2005; aux derniers chiffres connus, M. le Président, parce qu'on verra lorsque les enveloppes seront ouvertes et les contrats, négociés, mais les derniers coûts connus s'élevaient à 2,5 milliards, un dépassement de coûts de 1,4 milliard.

Alors, si, le mandat, c'est de contrôler les coûts, et si c'est pour cette raison-là que M. Gignac a été embauché, et si c'est pour cette raison-là qu'il reçoit des bonus, je soumettrais bien humblement, M. le Président, de deux choses l'une: ou bien il faut réviser son mandat, parce que, si, son mandat, c'est de contrôler les coûts, les coûts ne sont pas contrôlés actuellement, alors peut-être qu'il faut changer son mandat; ou encore, M. le Président, peut-être vaudrait-il mieux ne pas renouveler son contrat, puisqu'à l'évidence même, pour ce qui est en tout cas du contrôle des coûts, ça ne se fait pas. Et, pour ce qui est des bonus, M. le Président, je pense que, dans ma question, il y avait une... comment dire, une affirmation qui est implicite, là, mais juste pour être sûr qu'on se comprenne bien, moi, je... M. le Président, je et nous, comme formation politique, on a énormément de problèmes avec des bonus qui ne nous semblent pas mérités ou justifiés, surtout dans le contexte budgétaire actuel. Merci.

Le Président (M. Bérubé): M. le ministre, en 15 secondes, sinon sur votre bloc ensuite.

M. Bolduc: M. le Président, je rappellerai au député de Marie-Victorin que, si, lui, avec... comme lui aurait voulu construire les CHU, on n'aurait pas su le coût avant même de commencer; il aurait commencé puis on aurait eu des dépassements de façon significative. Et le député... et M. Gignac n'est pas juste un contrôleur de coûts, c'est également un chargé de projet, pour avoir le meilleur projet pour le Québec.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. Alors, on va passer un autre bloc de 20 minutes, au groupe parlementaire formant le gouvernement. Mme la députée de Hull, à vous.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, c'est très difficile pour moi de me contenir, devant la méconnaissance même, pas juste du Dossier de santé, mais de la... du Québec, parce que, l'Outaouais, je ne sais pas si vous êtes... Vous avez travaillé en Outaouais même, je crois, à Ottawa?

Le Président (M. Bérubé): ...

Mme Gaudreault: M. le Président... Excusez-moi. Alors, lorsque vous faites allusion que mon médecin est en Ontario, oui, ça fait plus de 10 ans que j'ai un médecin en Ontario, que j'apprécie énormément. C'est quelqu'un avec qui j'ai su créer un fort lien de confiance. Et je suis très, très consciente qu'elle est en Ontario et non pas au Québec. Mais ça, c'est la réalité de milliers de citoyens de l'Outaouais, d'aller en Ontario pour chercher des soins de santé. Et ça, c'est historique. Il y a eu le

sacro-saint rapatriement de la... des patients, mais, depuis, on n'a pas pu, encore aujourd'hui, avec cette mise à la retraite massive du personnel médical, assurer les services, encore aujourd'hui, en Outaouais. Mais vous comprendrez que les citoyens de l'Outaouais ne veulent pas que l'on ferme les frontières, au contraire. Lorsqu'on a des établissements de santé supraspécialisés à Ottawa, je ne verrais pas pourquoi nos citoyens en Outaouais ne pourraient pas y avoir accès. Si le député de Marie-Victorin croit que ce serait plus judicieux de les expatrier ailleurs au Québec, moi, je ne le crois pas. Moi, je crois aux services de proximité, et c'est ça, à mon avis, un gouvernement responsable qui répond aux besoins de la population.

Vous savez que je voudrais aussi faire l'éloge de cette politique de mobilité de main-d'oeuvre. C'est sûr que, si on veut présenter des épouvantails, là, faire peur aux citoyens, on va penser que c'est seulement les médecins du Québec qui s'en vont en Ontario. Mais, moi, je peux vous dire — j'en connais énormément — il y a des médecins de l'Ontario qui viennent faire des heures, qui viennent offrir des services au Québec, et, moi, je ne serai pas la députée qui va aller à l'avant pour militer en faveur de fermer les frontières, et je ne suis pas certaine que le député de Marie-Victorin serait bien accueilli avec cette philosophie-là en Outaouais.

Plan d'action en santé mentale (suite)

Alors, moi, étant donné que le Dr Delorme était très, très intéressant tout à l'heure, moi, j'aimerais le réinviter ici à la table pour continuer à nous faire la démonstration de ce plan d'action 2005-2010, qui a donné vraiment beaucoup de résultats jusqu'ici en matière de santé mentale.

Le Président (M. Bérubé): Alors, M. Delorme, un rappel. Est-ce qu'il y a consentement du ministre...

Mme Gaudreault: Oui.

Le Président (M. Bérubé): ...et de la commission, de l'ensemble des... L'opposition, est-ce qu'il y a consentement pour M. Delorme?

M. Drainville: Bien sûr.

Le Président (M. Bérubé): M. Delorme, à vous.

M. Delorme (André): Merci. Je me rends compte que peut-être que ça m'aurait pris un bloc de 40 minutes, alors je vais être plus succinct.

Tout à l'heure, j'ai commencé à vous parler des équipes de première ligne qui se sont développées à travers toute la province, M. le Président, et ça, je dirais que c'est une organisation de structure, et, pour offrir des services, c'est important qu'on ait une structure qui... sur laquelle s'appuyer.

Par ailleurs, dans le plan d'action, on a des mesures pour changer la façon qu'on travaille à l'intérieur de cette structure-là. Alors, il ne suffit pas de mettre en place des équipes de première ligne, il est important que l'arrimage entre ces services de première ligne là et les services de deuxième ligne puisse être fort, fluide, assurer une continuité pour les clients qui y sont desservis, et en ce sens on a mis en place des mesures de professionnels répondants et de

psychiatres répondants. C'est un terme, je dirais, qu'on a développé au Québec, mais on fait référence à une tendance en Amérique du Nord et au Canada, partout, de soins partagés et l'importance que, lorsqu'on est en première ligne, on puisse se sentir appuyé, et c'est vrai autant pour les généralistes dans leur cabinet, en GMF ou ailleurs, que pour les gens qui travaillent dans les équipes de première ligne, qu'on puisse se sentir appuyés et, quand on a une difficulté avec un client, qu'on puisse avoir accès à des gens qui vont nous soutenir et nous permettre d'aller un petit peu plus loin avec cette clientèle-là.

Dans un autre ordre d'idées, les services de première ligne, c'est essentiellement des services qui desservent des clientèles avec des troubles modérés, des gens qui souffrent de dépression, de troubles anxieux, mais on a également continué à développer des services dans la communauté pour le 2 % à 3 % de population qui ont des troubles graves. Donc, le soutien dans la communauté, ça leur permet de consommer moins à l'urgence, de consommer moins à l'hôpital, mais de, au contraire, pouvoir vivre dans la communauté, souvent de reprendre des études, reprendre un travail et d'avoir une vie productive, d'avoir une vie agréable et avoir une qualité de vie importante au sein de la communauté. C'est l'autre extrême par rapport aux asiles dont on parlait dans les années 1960.

Dans un autre ordre d'idées, vous savez peut-être que le Québec a le taux de suicide le plus élevé au Canada et parmi les cinq plus élevés au monde. Il y avait certaines mesures du plan d'action et du Programme national de santé publique qui visaient le suicide, et... en fait, la lutte au suicide, et un de ces éléments-là, c'était la mise en place de différents projets pilotes à travers la province. On visait d'en développer six au cours du plan d'action. On a été très chanceux, on a pu en développer 12 à travers la province pour développer des approches adaptées dans chacune des régions aux réalités régionales, comme celles de l'Outaouais ou d'autres régions, de façon à ce qu'on puisse cibler des groupes dans ces régions-là qui étaient à risque de pouvoir poser des gestes suicidaires, et de lutter efficacement contre ces situations-là.

● (17 h 20) ●

Et je terminerai sur le plan d'action en disant qu'au-delà des structures, au-delà des façons qu'on y travaille, un élément essentiel dans une grande réforme, c'est de soutenir le changement par la formation et, à ce niveau, on a plusieurs éléments qui sont venus soutenir le changement. On a fait la formation à travers toute la province de sentinelles. Les sentinelles, ce sont des gens qui travaillent dans la communauté, qui vivent à l'école comme étudiants ou comme professeurs, pour donner un exemple, et qui sont entraînés, je dirais, à déceler les signaux qui peuvent inquiéter chez quelqu'un qui voudrait poser un geste suicidaire, et à pouvoir les orienter vers des services appropriés. Alors, à travers la province, on a formé des gens pour être sentinelles.

On a également formé des pairs aidants. Les pairs aidants, ce sont des gens qui ont une maladie et qui, par ailleurs, sont formés pour agir en tant qu'intervenant, et ça porte un message important, pour les gens qui souffrent de maladies graves, de dire: Bien, voilà quelqu'un qui est passé par la même place que moi mais qui aujourd'hui est capable de travailler et qui est capable de m'accompagner pour que, moi, je puisse également espérer pouvoir m'en sortir complètement.

On a également formé les gestionnaires de première ligne sur ce que sont les services de première ligne puisque, je le disais tout à l'heure, on n'a pas une culture... On n'avait pas de première ligne auparavant. Alors, comment on doit organiser des services de première ligne. Et on a formé, et je pense que c'est un élément important, des usagers à travers toute la province pour qu'ils puissent participer, en tant que partenaires, dans les rencontres de planification ou d'organisation de soins, autant aux niveaux régionaux qu'aux niveaux locaux lorsque les établissements ou les agences font de la planification et de l'organisation de soins.

Alors, je pense que c'est quelques grands traits, là, qui nous donnent une idée de ce que le plan d'action a changé au Québec et pas juste au niveau de la mise en place d'équipes de première ligne.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. Delorme. D'autres questions?

Mme Gaudreault: Oui, M. le Président. Cette étude de crédits, là, ça a beaucoup de valeur. On peut entendre les experts nous dire vraiment ce qu'ils font jour après jour pour améliorer la qualité de vie de nos citoyens. Alors, merci beaucoup, Dr Delorme.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. Delorme. Pour la prochaine intervention, M. le député de Lévis.

M. Lehoullier: Merci beaucoup, M. le Président. D'abord, comme député de Lévis, c'est pour moi une fierté de participer à ces crédits, d'autant plus que, je pense que c'est important de le rappeler pour ceux qui nous écoutent, avec tout ce qu'on entend à la période de questions, M. le Président, dans des espaces où le temps pour y répondre est très, très court, alors, il y a quand même une réalité globale au niveau du Québec, c'est que les Québécois se sont donné l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Ils y sont très attachés et désirent le conserver.

En fait, ce que le gouvernement a fait au cours des dernières années, en particulier depuis 2003, M. le Président — c'est curieux, mais c'est ça, la réalité — le gouvernement a fait et fera de la santé sa priorité première. À preuve, le système public de santé — puis il faut le répéter souvent, ça, M. le Président — s'est vu octroyer 10 milliards de dollars additionnels depuis 2003. Supposons qu'on aurait suivi la courbe qui était celle du Parti québécois en 2003, il y a combien de médecins qui quitteraient le Québec? Est-ce qu'on serait encore capables d'attirer des infirmières, M. le Président, avec le 10 milliards que, nous, notre gouvernement a ajouté?

Et c'est ça, il y a beaucoup de verbiage au niveau de l'opposition. Tantôt, j'entendais ça: Là, c'est effrayant, là, il faudrait en mettre, de l'argent, il faudrait en mettre, sauf qu'à un moment donné il faut se poser la question: C'est qui, les vrais social-démocrates ici, en cette Assemblée nationale... sociaux-démocrates, c'est qui?

Alors, moi... Alors, quand on regarde la Santé, c'est 31 % des dépenses en 1980, on est à 45 % maintenant. Et on sait que, si n'est rien... rien n'est fait pour changer la dynamique, ça va peut-être atteindre les deux tiers, d'ici 20 ans, au niveau de la Santé.

Alors, M. le Président, il y a un fait, il y a un fait qui est quand même extraordinaire dans le système de

santé. Puis, encore une fois, il faut répéter ces chiffres-là parce qu'à la période de questions, qu'est-ce qu'on entend? On entend un cas: monsieur X, madame X. Là, c'est comme si on voulait démontrer à la population que ces cas-là sont généralisés. Mais, au fond, il y a 6 millions de personnes qui utilisent le service de santé. C'est 46 millions de visites chez le médecin. On peut bien en concéder huit, 10 pendant la période de questions au député de Marie-Victorin, mais c'est 46 millions de visites, c'est 3,8 millions de visites à l'urgence, 5,3 millions de consultations médicales en établissement. C'est 476 972 chirurgies. C'est 296 869 chirurgies d'un jour. Et on nous dit que notre système de santé n'est pas performant à partir d'un cas, de quelques cas.

Puis, au fond, quand on regarde notre système de santé, c'est 12 % de notre produit intérieur brut, c'est 276 000 personnes uniquement dans le secteur public, parapublic. Alors, eu égard à cette question, quel est le choix que le gouvernement a fait? Ce n'est pas de couper dans la santé, c'est de dire: Nous allons trouver la formule qui va nous permettre de maintenir notre système de santé. Et ça, ce que ça veut dire, ça veut dire de maintenir une certaine croissance. Parce que, quand on regarde au niveau de l'imposition générale, 49 % du budget dédié à la Santé provient justement, justement de l'imposition générale, et il y a 8 % seulement qui vient des usagers.

Mais, si on a atteint 54 % de l'augmentation totale des dépenses de programmes gouvernementales et si notre taux de croissance des dépenses de 2003 est à 5,8 % annuellement, alors est-ce que je comprends, quand j'entends le discours de l'opposition par rapport à l'effort supplémentaire qui est demandé aux contribuables, est-ce que j'entends de la part de l'opposition qu'il aurait fallu se maintenir à 3,6 %? Auquel cas, on entend beaucoup de verbiage. Mais ce n'est pas ça, le choix que le gouvernement a fait. Le choix que le gouvernement a fait, c'est d'apporter le changement, parce qu'au fond, si on avait continué, ce serait 0,67 \$, pour chaque dollar investi dans les services publics, qui seraient consacrés aux services de santé.

Qu'est-ce qui amène ça? Deux facteurs, M. le Président. Puis encore une fois il faut répéter parce qu'on dirait que l'opposition amène des choses disparates qui ne sont pas replacées dans le contexte. Il y a deux éléments qui font en sorte que le gouvernement a fait ce choix-là. Premier élément, le ministre en a parlé abondamment tout à l'heure, l'évolution des technologies qui contribuent à l'amélioration de la qualité des services; l'évolution démographique, alors que l'accroissement du vieillissement de la population a un impact grandissant sur la demande et le type de services requis.

M. le Président, on sait très bien aujourd'hui comment les gens sont étonnés. Des fois, on entend parler des gens dans notre parenté qui disent: Bien oui, j'ai été opéré, tel, tel type d'opération. Puis là tu dis: Ah? Tu es déjà sorti de l'hôpital? Bien oui, c'est la technologie qui permet ça aujourd'hui. Mais ça coûte quelque chose, cette technologie-là. Et, quand, M. le Président, l'année passée, à la défense des crédits, on a eu l'occasion d'en parler, quand... le gouvernement a pris le pouvoir depuis 2003, quand les libéraux, on a pris le pouvoir, M. le ministre a eu l'occasion de le rappeler l'an passé, la technologie tombait en ruine. Il a bien fallu qu'on reconstruise quelque part. Alors ça, c'est le premier facteur.

Mais parlons du deuxième facteur, au niveau des changements démographiques, M. le Président. Puis ça, c'est encore important de le rappeler: la population des personnes âgées de 65 ans ou plus, elle croît rapidement. Et, c'est un fait, moi, je vais en faire bientôt partie, et je suis maintenant grand-père. Donc, elle va... elle passe de 15 % à 25 % en 2031. Or, tout le monde sait que les dépenses pour les personnes âgées sont nettement plus élevées que pour le reste de la population. En 2007, c'était 10 000 \$ en moyenne pour une personne de 65 ans et plus comparativement à 1 600 \$ pour une personne âgée de moins de cinq ans. Alors, quel est le choix que le gouvernement a fait? Le choix que le gouvernement a fait, c'est de faire face à la situation, faire face à la situation pour continuer à offrir à la population des services de très haute qualité, M. le Président. C'est ça qu'on vise à faire. Et c'est la raison pour laquelle, moi, je suis fier d'avoir participé à ce choix-là que le gouvernement a fait. Pourquoi? Parce que la croissance annuelle des dépenses, là, si on enlève la récession, c'est environ 6 %, et celle de l'économie est à 4,3 %. Donc, il fallait faire quelque chose. Et c'est la raison pour laquelle le gouvernement a décidé, et ça, c'est extrêmement important que la population le sache... c'est un choix gouvernemental, et tout le reste n'est que du verbiage. Le choix gouvernemental, c'est de porter à 5 % la progression annuelle du financement des dépenses totales en Santé tout en assurant le maintien des autres missions de l'État. C'est ça, l'objectif fondamental du gouvernement. Ce n'est rien de plus et rien de moins que ça.

Et ça, ça fait en sorte que, oui, il y a une contribution santé. Oui, elle est là, M. le Président, la contribution santé, justement pour continuer de répondre aux interrogations du député de Marie-Victorin. Parce que, si on n'avait pas mis les 10 milliards puis si on n'avait pas la contribution santé, on serait à 3 %. C'est ça.

J' imagine, parce que... À moins que je me trompe, mais j' imagine, j' imagine que le Parti québécois n'a jamais fait connaitre sa position. C'est-u de couper ou d'en ajouter? À un moment donné, on ne le sait plus. J'ai assisté aux crédits du ministère de la Culture, puis il fallait en remettre encore, alors qu'à un moment donné on se plaint des taxes que va chercher le gouvernement.

Puis, dans la contribution santé, il y a quand même 1,4 million de contribuables, M. le Président, 1,4 million de contribuables, sans compter les enfants, qui vont être exemptés de cette contribution santé. Eh oui! Eh oui, faites le calcul. Alors, je vois le député de Marie-Victorin qui est étonné. Mais ce que je veux juste... ce que je veux dire... M. le Président. Je m'excuse, je vais parler à M. le Président.

● (17 h 30) ●

Le Président (M. Bérubé): Poursuivez, M. le député de Lévis, mais...

Une voix: ...

Le Président (M. Bérubé): C'est une question de règlement? Si ce n'est pas une question de règlement, on poursuit.

M. Drainville: Non, non, c'est... parce que...

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin, on va poursuivre avec le député de Lévis si ce n'est pas une question de règlement.

M. Lehouillier: Alors, moi, M. le Président, ce que je voulais, ce que je voulais, ce que je voulais en préambule, c'est d'expliquer pour moi, en préambule...

Une voix: ...

M. Lehouillier: En préambule, monsieur, parce que là...

Une voix: ...

M. Lehouillier: Pas mal. Mais, en même temps, en même temps, c'est que, nous, on regarde le contexte global et non pas... Je vous vois arriver, là, depuis des mois avec un cas, avec un cas à l'Assemblée nationale, pendant la période de questions: madame X, monsieur Y, puis là c'est le drame. Je vous ai donné les chiffres tantôt sur les centaines de milliers d'opérations qui sont faites au Québec chaque année. Alors, moi, je vous comprends parce que vous avez encore votre déformation de journaliste, vous voulez du papier, vous voulez de la couverture média, c'est fantastique, j'en suis, mais, moi, j'ai en fin l'occasion d'expliquer pourquoi, moi, je souscris à la contribution santé, je souscris à ce que le ministre a proposé.

Et ce que le ministre a proposé, c'est de maintenir les services de santé et faire en sorte qu'on va être capables de faire face, un, à la nécessité d'améliorer nos technologies, puis, deuxième élément, en améliorant nos technologies, peut-être que ça va faire... ça va permettre au personnel de respirer un peu plus. En même temps, continuons à offrir des conditions décentes au personnel, même si ce n'est pas toujours facile, M. le Président, et enfin et surtout maintenir la croissance qu'il faut pour faire face à la musique. Parce que, si, demain matin, on y allait avec le 3,5 %, tel que, j' imagine, le voudrait l'opposition, là, je vais vous dire bien franchement, M. le député de Marie-Victorin, là, vous auriez raison vraiment de crier au scandale. Alors, nous, ce qu'on a fait, c'est...

Le Président (M. Bérubé): Vous vous adressez à la présidence, M. le député de Lévis.

M. Lehouillier: ...un choix courageux. Ah! il reste combien de temps?

Le Président (M. Bérubé): Pour votre question, 1 min 30 s.

M. Lehouillier: Bon. Alors donc, M. le Président, ma question est la suivante: À la suite du dépôt des rapports de coroners... Là, je voudrais parler de la santé...

Une voix: ...

M. Lehouillier: Oui, M. le député de Marie-Victorin, je suis content de vous voir rire parce que j'ai hâte de voir ce que, vous, vous proposez pour améliorer notre système de santé parce qu'on n'a pas vu grand proposition.

M. Drainville: ...de temps.

M. Lehouillier: Bien, ça ne me dérange pas. Parce qu'enfin, M. le Président, j'ai la parole, et ça me fait... Et, M. le Président, ce que je voulais dire, ça fait longtemps

Le Président (M. Bérubé): Ça conclut, M. le ministre? M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Mais, dans le fond, M. le Président, si j'entends bien la réponse du ministre, il n'entend pas utiliser les budgets de son ministère pour corriger l'iniquité. Il va le faire à travers des opérations ciblées comme, par exemple, le centre d'oncologie de Charles-Le Moyne, mais il n'entend pas utiliser... utilisons le mot «les bases budgétaires», là. Il n'entend pas utiliser les bases budgétaires, l'allocation budgétaire comme moyen de corriger l'iniquité interrégionale. Est-ce que j'ai bien compris?

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

● (17 h 40) ●

M. Bolduc: Pour corriger l'iniquité interrégionale, il faut avoir des développements de services. L'exemple: les patients de la Montérégie actuellement reçoivent de la radiothérapie sur l'île de Montréal. Pour pouvoir corriger le dossier radiothérapie, en termes d'iniquité, ce que nous avons fait, nous avons injecté 100 millions de dollars à l'Hôpital Charles-Le Moyne où, actuellement, il y a un centre de radio-oncologie qui est en train de se développer et qui va ouvrir au cours de l'année. Ça fait que, quand la radio-oncologie va ouvrir, à la fin 2010, dans la région de la Montérégie, il y a des budgets qui vont être alloués pour le fonctionnement, et ça, progressivement, ça va corriger l'iniquité entre les régions.

Et je dirais au député de Marie-Victorin, M. le Président, qu'on ne peut pas couper tous les services à Montréal pour, du jour au lendemain, les rapatrier à la Montérégie, parce que la Montérégie n'a pas assez de services actuellement, et notre objectif est définitivement de développer le plus de services possible en Montérégie pour que les patients reçoivent des services le plus près possible de leur domicile.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

Service d'hémodynamie sur la Rive-Sud de Montréal

M. Drainville: Alors, une des façons, M. le Président, d'élargir la gamme de services offerts en Montérégie, et donc de corriger encore davantage la situation d'iniquité, serait d'activer la deuxième salle d'hémodynamie, qui n'est toujours pas utilisée à l'Hôpital Pierre-Boucher, qui est l'hôpital... qui est la salle à débarras la plus dispendieuse de l'histoire du Québec. Elle nous a coûté plusieurs millions de dollars, M. le Président. Je l'avais baptisée la salle Couillard, du temps du prédécesseur du ministre; là, je ne voudrais pas être obligé de la rebaptiser à nouveau du nom de l'actuel ministre de la Santé, M. le Président. Et pour ça il faudrait l'activer. Et là il y avait un projet dans l'air, à un moment donné, un projet... bon, enfin, l'idée, c'était d'en faire une deuxième salle d'hémodynamie, là, après ça, le ministre a jonglé avec l'idée d'une salle consacrée à l'électrophysiologie, possiblement une salle hybride électrophysio-hémo. Où est-ce que ça en est, M. le Président, le dossier de cette deuxième-là? Puis, si le ministre n'a pas l'intention de l'utiliser, est-ce qu'il a, à ce moment-là, pris une décision finale qu'elle allait continuer à servir de salle à débarras pour les années à venir?

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

M. Bolduc: M. le Président, c'est un dossier important, dans lequel on ne fera pas de la partisanerie politique. J'ai demandé à un groupe d'experts, des cardiologues responsables de la cardiologie tertiaire au Québec, de se prononcer si on devait ouvrir une salle d'électrophysiologie dans la Montérégie et si on devait avoir une deuxième salle d'hémodynamie. Les spécialistes — et j'espère que le député de Marie-Victorin n'ira pas à l'encontre des recommandations des spécialistes qui connaissent le domaine de la cardiologie — ont été très clairs: il n'y a pas lieu d'ouvrir une deuxième salle d'hémodynamie ou d'électrophysiologie à l'Hôpital Pierre-Boucher.

Maintenant, ça fait des années que le député de Marie-Victorin nous parle de cette salle. Est-ce qu'il va accepter la recommandation des experts ou il veut qu'on se serve de la partisanerie politique pour accorder une salle d'hémodynamie dans son comté, alors qu'elle a été construite par la chef de l'opposition dans un contexte... Et c'est dans un contexte politique dans lequel c'était strictement inutile d'avoir cette deuxième salle. Maintenant, le député de Marie-Victorin, il va devoir se prononcer. Et j'ai été honnête avec lui, je lui ai dit: J'ai demandé l'avis des experts. Maintenant, est-ce qu'il veut, oui ou non, utiliser la partisanerie politique, parce qu'il est critique de l'opposition en santé, pour avoir une deuxième salle d'hémodynamie dans son comté, malgré la recommandation contraire des experts en cardiologie tertiaire? Et je l'invite, s'il veut, à consulter ces gens-là qui sont nos vrais experts. Et, si les experts m'avaient dit que j'avais besoin et que la population avait besoin d'une deuxième salle d'hémodynamie, nous l'aurions fait. La recommandation des experts, elle est très claire: Il n'y a pas lieu d'avoir une deuxième salle d'hémodynamie ou de l'électrophysiologie dans le comté du député de Marie-Victorin. Maintenant, est-ce que le député de Marie-Victorin va utiliser son pouvoir politique pour nous l'exiger?

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin pour votre question.

M. Drainville: M. le Président, si le gouvernement n'avait pas l'intention de l'utiliser, cette deuxième salle là, pourquoi est-ce qu'ils l'ont annoncé? Il parle de partisanerie politique, ce n'est pas nous qui l'avons annoncé, c'est vous. C'est la députée de La Pinière qui est allée l'annoncer, la deuxième salle, au nom du gouvernement.

Alors, blâmez-moi pas pour vous demander ce que vous allez faire avec une salle dont vous avez vous-même annoncé la création, l'ouverture. Je veux dire, je ne ferais pas ma job trop, trop, là, si je ne vous posais pas au moins la question: Vous l'avez annoncé, allez-vous faire quelque chose avec? Si ce n'est pas de l'électrophysiologie, M. le Président, puis si ce n'est pas de l'hémodynamie, ça va être quoi? Si le ministre nous dit, c'est soit de l'hémo, soit de l'électrophysio, puis si les experts me disent: C'est ni un ni l'autre, je ne fais rien avec, bien, qu'il nous le dise, M. le Président, au moins, on va être fixés, là. Mais, cette salle-là, elle a été annoncée par votre gouvernement, elle nous a coûté des millions, puis je veux juste savoir si ces millions-là vont servir à quelque chose. S'ils ne servent à rien, dites-nous-le, on va arrêter de... Moi, je veux arrêter de vous poser la question, l'affaire va être réglée.

Le Président (M. Bérubé): M. le député, je vous invite à poser vos questions à la présidence, et, M. le ministre, à vous la parole pour la réponse.

M. Bolduc: Dans un premier temps, l'histoire démontre que c'est la chef de l'opposition qui avait planifié cette salle-là à l'époque, quand elle était ministre de la Santé, et le gouvernement de l'époque prévoyait d'avoir une deuxième salle. Le député de Marie-Victorin m'en a parlé dès mon arrivée en poste. Je lui ai dit qu'on allait faire la recherche nécessaire. On a demandé le comité d'experts de se prononcer là-dessus. Je lui ai dit, et je pense que nous avons eu des discussions honnêtes et, les deux, nous travaillons dans le même sens, que, s'il y avait lieu, s'il y avait une recommandation positive de la part des experts, c'est que je serais le premier à dire que, oui, il y avait un besoin et qu'on l'accorderait, la deuxième salle. Mais, compte tenu que les experts ne recommandent pas d'avoir une deuxième salle d'hémodynamie à Pierre-Boucher ou d'avoir de l'électrophysiologie à Pierre-Boucher, eh bien, aujourd'hui, je lui dis que, ce dossier, malheureusement on ne pourra pas le continuer.

Pour ce qui s'agit de l'utilisation de l'autre salle, c'est tout simplement une salle qui avait été faite à l'époque, justement par la chef de l'opposition, alors qu'elle était ministre de la Santé. On ne peut pas rien faire dans cette salle-là pour le moment, mais, s'il y a des besoins au niveau de l'établissement qui se pointent à l'horizon et qu'on a des recommandations d'experts que ça peut être utilisé autrement...

Ce qu'il faut dire également, le coût de la salle, c'étaient les équipements. Les équipements n'ont jamais été achetés, donc à ce moment-là il n'y a pas eu de coûts. On a seulement qu'un espace libre dans l'hôpital qui est disponible pour d'autres fins.

Le Président (M. Bérubé): 1 min 30 s. M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, la salle a été construite par le gouvernement libéral. Alors, s'il vous plaît, ne dites pas que ça a été construit par quelqu'un d'autre. La salle a été annoncée et construite sous votre gouvernement. Alors, lorsque l'annonce a été faite, vous deviez avoir une idée de sa fonction. Alors là, ce que je comprends, M. le Président, c'est qu'il ne sera pas... il n'est pas question de donner suite ni à un projet d'électro ni à un projet d'hémo, et donc on va se retrouver... cette salle-là va rester inutilisée pour les années à venir. Alors, moi, j'en prends bonne note, M. le Président. Puis, au nom de la population de Longueuil, là, qui est touchée par cette décision-là, là, j'en prends bonne note. J'en prends bonne note. Et les gens de Longueuil et de la Rive-Sud vont être ravis d'apprendre qu'il y a cet équipement-là, pour lequel on a payé, qui ne servira à rien. Vraiment, là, ils vont être très contents d'apprendre ça.

Le Président (M. Bérubé): Monsieur... Ça complète, M. le député?

M. Drainville: Ça complète.

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

M. Bolduc: M. le Président, il n'y a pas eu d'équipement d'acheté pour la deuxième salle. C'est une salle qui est physiquement construite à côté de l'autre salle, premièrement.

Deuxièmement, ce qui justifie la décision de la cardiologie tertiaire, donc des spécialistes, c'est tout simplement qu'au Québec actuellement il y a diminution du nombre de cas qui nécessitent des dilatations. Et, au niveau de l'électrophysiologie, l'organisation des services en électrophysiologie du côté de Montréal fait que l'accessibilité des services et la qualité des services, surtout qu'on parle d'électrophysiologie tertiaire, la qualité des services et l'accessibilité des services, selon la recommandation des experts, devraient rester comme elles sont organisées actuellement. Il semblerait que tous les patients sont capables d'être traités dans les délais requis, avec la qualité requise. Donc, ce n'est pas une décision du ministre, c'est une décision d'un comité d'experts auxquels il faut se fier pour l'organisation des services en cardiologie sur le territoire du Québec.

Et, je tiens à le redire, il n'y a pas eu d'équipement d'acheté. C'est: si on achetait des équipements maintenant, ce serait une dépense inutile dans le contexte de l'organisation des services en cardiologie au Québec.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, ils ont injecté 3,5 millions de dollars en 2006 pour construire la salle. Équipement, pas équipement, il a 3,5 millions de dollars qui ont été injectés pour construire la salle. Cette salle-là est vide, elle ne sert à rien. C'est de l'argent gaspillé. C'est un bel exemple, là, de décision... je n'ose pas utiliser le mot parce qu'il n'est pas parlementaire, là, mais une décision qui a des conséquences graves. Parce que, de nos jours, qu'est-ce que tu veux, 3,5 millions, c'est beaucoup d'argent.

Mais je vais céder la parole à mon collègue, ici, de Beauharnois, M. le Président.

Le Président (M. Bérubé): Alors, M. le député de Beauharnois, faites votre entrée.

Allocation budgétaire au Centre de santé et de services sociaux du Suroît

M. Leclair: Merci. M. le Président, le Centre hospitalier CSSS du Suroît assume depuis plusieurs années les services de santé hospitalière pour l'ensemble du territoire de Beauharnois, Valleyfield ainsi que Soulanges et une partie de Vaudreuil qui... On connaît une grosse augmentation démographique très importante. Le ministre, suite à plusieurs rencontres, a tout de même reconnu la desserte que nous avons au CSSS du Suroît où nous avons un déficit, un déficit de... un manque à gagner de près de 2,5 millions cette année, que le ministre a reconnu, et a donc pallié à ce déficit.

Dans les crédits 2010 et 2011, est-ce que le ministre s'engage à ce que l'on retrouve une augmentation du budget annuel qui correspond à cette desserte plus nombreuse?

● (17 h 50) ●

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

M. Bolduc: Bien, je pense que, par souci d'équité de tous les établissements du Québec, chaque établissement

doit déposer un projet au ministère et laisser savoir, là, ses demandes. À ce moment-là, on en tient compte et on va le regarder. Par contre, le ministre, c'est-à-dire moi-même, ici, à l'étude des crédits, on ne commencera pas à discuter puis à négocier, via les députés, la situation financière de chacun des établissements. Donc, s'il y a des justifications pouvant expliquer un dépassement budgétaire, l'établissement doit le laisser savoir à l'agence et également au ministère, et on en prendra considération, mais il n'y a aucun engagement à combler les déficits des établissements. Et puis c'est certain que le fait qu'il y a eu plus de volume d'activité, le fait qu'il y ait eu une plus grande desserte au niveau de la population, c'est un facteur favorable à une étude de ce type de dossier.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Beauharnois?

M. Leclair: Donc, si je comprends bien le ministre, M. le Président, c'est que vous ne vous engagez pas à reconduire ces sommes, sauf que vous êtes reconnaissant qu'on n'arrivera jamais avec les budgets actuels que nous avons comme la desserte augmente toujours.

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

M. Bolduc: Je veux bien répondre, là: On est conscients qu'il y a une desserte qui est augmentée. Est-ce que ça justifie l'augmentation du budget dans la même proportion que l'augmentation de la desserte? Ça, c'est des études que nous faisons à l'interne, au niveau de l'agence et au niveau du ministère, et puis à ce moment-là on prendra la décision en conséquence. Puis je vais juste vous donner un exemple: si les besoins de population ont augmenté de 1 % puis il y a un dépassement budgétaire de 5 %, il y a un 4 % qu'il va falloir qu'on explique autrement. Mais, par contre, on est très sensibles, là, à la situation budgétaire des établissements et on va le prendre en considération.

Le Président (M. Bérubé): M. le député de Beauharnois.

M. Leclair: J'ai bien confiance, M. le ministre va sûrement regarder ça de très près. Merci.

Le Président (M. Bérubé): D'autres questions? Il vous reste, pour l'opposition officielle, 2 min 20 s. M. le député de Marie-Victorin? M. le député de Beauharnois? M. le député de Beauharnois.

M. Leclair: Ce serait, M. le Président, pour revenir, toujours sur le CSSS du Suroît, concernant le projet que nous travaillons actuellement dessus, là. Pour l'agrandissement du laboratoire du CSSS du Suroît, est-ce que le ministre prévoit engager certaines sommes pour s'assurer, dans le budget 2010-2011, qu'il y aura des sommes suffisantes pour faire avancer ce projet-là?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, je pense que... Je suis allé dans la Montérégie-Ouest il y a deux semaines, et puis nous avons constaté qu'il y avait des besoins dans la Montérégie-Ouest, tant du côté de

Vaudreuil-Soulanges où, à ce moment-là, j'avais dit que possiblement on avait besoin d'un nouvel hôpital, qu'il y a des rénovations à faire du côté du CSSS le Suroît.

En ce qui concerne leur projet d'aménagement, qui est un projet substantiel, l'établissement va déposer un projet, et à ce moment-là on regardera au niveau des phases comment on va le réaliser. Pour ce qu'il s'agit de l'échéancier, encore ici, au niveau des crédits, je ne ferai pas d'engagement nulle part, c'est un projet qu'on va regarder puis qu'on va agir avec diligence.

Le Président (M. Bérubé): Merci, M. le ministre. Il reste environ 50 secondes. M. le député de Marie-Victorin.

Prestation de services ambulanciers

M. Drainville: M. le Président, juste une question. C'est assez spécifique, le ministre pourra nous donner une réponse demain s'il le souhaite, là, mais toute la question de la sixième ambulance dans le secteur du grand Longueuil, là... J'ai questionné le ministre au sujet du drame, là, qui est survenu à la fin février, là, un enfant a dû attendre pendant 24 minutes avant l'arrivée de l'ambulance. 24 minutes, M. le Président, là, c'est quatre fois plus long que la moyenne des temps de réponse à Longueuil. Et ça fait plusieurs années qu'on demande une sixième ambulance dans le grand Longueuil.

Et, dans le fond, M. le Président, je voudrais savoir: Est-ce que le ministre a l'intention d'accorder les sommes qui nous permettraient d'obtenir cette sixième ambulance et qui nous permettraient d'éviter le genre de drame qu'on a vécu à la fin février, là, avec ce...

Le Président (M. Bérubé): Merci, merci...

M. Drainville: ...ce petit garçon de deux ans?

Le Président (M. Bérubé): Malheureusement c'est tout le temps qu'on a. Peut-être à la poursuite des échanges demain, le ministre pourra répondre en délibéré à cette réponse-là. Il nous reste un seul bloc, le bloc du parti formant le gouvernement, pour 20 dernières minutes. Alors...

Une voix: ...

Le Président (M. Bérubé): Oui, 14, en fait, 14 minutes, pour terminer à 18 h 6, comme on avait convenu au début. Alors, je reconnaitrai M. le député de Lévis.

M. Lehouillier: Alors, merci beaucoup, M. le Président. Alors, évidemment, je ne veux pas continuer sous l'angle que j'avais pris tout à l'heure, qui est excellent, parce que, moi, c'est ce que je pense vraiment au niveau du système de santé, mais peut-être juste ajouter, M. le Président, qu'à écouter les propositions de l'opposition ça va prendre une contribution santé pour financer tout ça. Puis j'invite en même temps l'opposition... parce que, même avec la contribution santé, il va en manquer un peu. Alors, j'invite les membres de l'opposition à travailler, au cours de la prochaine année, avec le gouvernement, avec nos partenaires également, pour regarder notre système québécois, regarder les expériences étrangères, réfléchir ensemble aux meilleures méthodes pour maintenir notre système accessible et universel, bien... mieux orienter les usagers

et accroître la productivité globale de notre système de santé. C'est ça, les grands objectifs qu'il nous reste à combler.

Alors donc, je pense que ça, c'est des éléments qui sont fondamentaux, et c'est beaucoup plus constructif que de demander constamment puis, en même temps, demander mais continuer à faire croire à la population, par diverses interventions, que le système de santé, c'est comme si c'était gratuit. On dit: Non, on ne veut pas que les gens paient, mais, en même temps, on dit: Remettez-en puis remettez-en, puis là on en met épais sur la beurrée puis, envoie, on demande à gauche puis à droite. Alors, ce n'est pas possible, et, nous, je pense qu'on a eu un choix qui est judicieux et qui est le meilleur dans les circonstances si on veut maintenir un système de santé efficace.

Santé mentale en milieu carcéral

Alors donc, je reviens à ma question de tantôt au niveau de la santé mentale en milieu carcéral, parce qu'à la suite du dépôt des rapports des coroners, donc Kronström en mars 2001 et Dionne en mai 2008, on entend parler — c'est revenu encore en surface dans l'actualité — du décès de personnes atteintes de troubles mentaux incarcérées, par exemple, au centre de détention de Rivière-des-Prairies. Il y a eu plusieurs problèmes, mettons, en lien avec l'organisation des services en psychiatrie légale, et il y a eu des recommandations qui ont été faites pour améliorer la situation.

Il y a également tous les soins de santé en milieu carcéral qui s'ajoutent à cela. Ce sont deux choses et deux dossiers différents, mais ce n'est pas toujours évident. Pouvez-vous nous faire un peu un état de situation de ce qui se passe au niveau de ces soins-là en milieu carcéral, finalement?

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

M. Bolduc: Bien, je demanderais au Dr Delorme, qui est notre expert dans ce domaine, de venir nous en parler.

Le Président (M. Bérubé): Alors, Dr Delorme, un deuxième rappel. C'est à vous.

M. Delorme (André): Merci. Alors, M. le Président, toute la question de la psychiatrie légale, c'est assez complexe. Je vous disais tout à l'heure combien de personnes sont atteintes de problèmes de santé mentale, alors il n'est pas surprenant qu'ils soient assez fréquemment en interaction avec la loi.

À cet égard, il y a deux façons de pouvoir interagir avec la loi. D'abord, il y a des situations où on est en crise. Alors, on va interagir avec le Code civil dans ces conditions-là; c'est la loi sur la personne dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui, qu'on appelle communément la loi P-38, et c'est cette loi qui permet à un juge, lorsqu'on lui présente des informations qui l'inquiètent, de dire: Amenez, s'il vous plaît, cette personne pour qu'elle soit évaluée par un psychiatre pour voir si on doit la protéger. Alors, c'est une clause d'exception, mais qui vise à protéger les citoyens lorsque leur condition mentale les met en danger ou met leur entourage en danger.

L'autre type d'interface avec la loi, et c'est plutôt dans ce contexte-là que les rapports de coroners auxquels

vous faisiez allusion il y a quelques instants s'attardent, c'est lorsqu'on est en relation avec le Code criminel. Alors, lorsque quelqu'un commet un délit, le système judiciaire requiert que, pour qu'elle puisse participer à sa défense, la personne soit reconnue apte à comparaître, et donc il y a des mécanismes dans le Code criminel qui permettent une évaluation de l'aptitude de la personne, et c'est le réseau de la santé qui offre cette aptitude-là pour la cour. Si la personne est reconnue apte, elle sera jugée, et on peut avoir une deuxième interface si le juge, ou la défense, ou la couronne pose la question de la responsabilité, c'est-à-dire: Est-ce que la personne posait un geste dont elle avait conscience? Doit-elle donc être tenue responsable ou, au contraire, est-ce que son état mental la rendait incapable de juger de son acte? Et, à ce moment-là, on ne voudra pas punir un geste qui n'avait pas une intention criminelle.

● (18 heures) ●

Alors ça, c'est à l'entrée du système criminel. Il y a également, puis je l'aborderai très brièvement, M. le Président, toute la question des délinquants dangereux, qui sont des personnes qui ont été incarcérées, pour lesquelles la question de la santé mentale a peut-être été soulevée, mais que clairement elle n'a pas été retenue, et donc ce sont des gens qui sont incarcérés, en punition pour un geste qu'ils ont commis, et le Code criminel permet maintenant de se questionner sur: Peut-on les laisser... Ont-ils un potentiel de réadaptation? Peut-on les libérer à la fin de leur peine? Et le Code criminel permet qu'on puisse les évaluer et les garder comme délinquants dangereux ou mettre en place des mesures de contrôle dans la société lorsqu'ils seront libérés. Alors, ce sont les interfaces avec la loi, et nous travaillons présentement à une révision de toute cette interface-là entre le réseau de la santé et le réseau de la justice afin de permettre plus de souplesse, une meilleure réponse à ça, en réponse aux recommandations des différents coroners.

Entre l'entrée dans le système juridique criminel et la sortie, il y a un certain nombre de personnes qui ont été incarcérées et qui, malgré une maladie, ont été reconnues responsables des gestes qu'ils ont posés, et qui sont donc incarcérées dans nos établissements de détention, et qui souffrent d'une maladie. Alors, ces gens-là, c'est également, là, un des éléments auxquels s'attardent certains rapports de coroners, on doit se préoccuper de leur offrir des services de qualité, et c'est en ce sens qu'il y a des travaux qui se font avec la Sécurité publique pour transférer la responsabilité des soins à la fois de santé physique et de santé mentale des infirmeries, qui sont sous la responsabilité du ministère de la Sécurité publique, pour les transférer vers les CSSS, qui sont sous la responsabilité du ministère de la Santé. C'est important en termes, entre autres, de qualité parce que la LSSSS, la Loi des services de santé et de services sociaux, détermine les mécanismes qui contrôlent la qualité qu'on offre à nos citoyens quand on leur donne des services, et malheureusement... ou enfin c'est l'état de fait, les infirmeries qui sont à l'intérieur de la Sécurité publique n'ont pas... ne sont pas soumis à la LSSSS puisque ce ne sont pas des établissements de santé. Alors ça, c'est déjà un élément important en termes de qualité.

Il faut également se préoccuper de l'effort... d'efforts sur l'accès à des soins lorsqu'on sort de la prison et qu'on a un problème de santé mentale. Et je veux souligner ici le problème de stigmatisation auquel on faisait référence

tout à l'heure dans le plan d'action, mais, pour la clientèle qui est incarcérée, on a une double stigmatisation: d'abord, on a une première stigmatisation liée à la condition de santé mentale et, en plus, les gens sont souvent perçus comme étant extrêmement dangereux parce qu'ils ont eu une interface où ils ont eu un passage à travers le réseau de la justice et le réseau carcéral. Il faut reconnaître que, s'il est vrai que quelques personnes ont commis des gestes extrêmement graves, la plupart des gens qui sont dans les prisons et qui ont des problèmes de santé mentale souvent y sont pour des gestes assez peu importants. Ça peut être du vagabondage, ça peut être... il y a des vols à l'étalage, là, de nourriture, quelqu'un qui est itinérant, par exemple.

Alors, ce ne sont pas des gens qui sont nécessairement... ou qui ne sont généralement pas du tout dangereux, mais qui ont commis un délit mineur et qui sont dans notre système carcéral. Et il y a là une difficulté d'accès pour ces gens-là lorsqu'ils sortent de la prison. Et je pense qu'il y a beaucoup d'efforts à faire là-dessus, sur l'arrimage entre deux systèmes qui ne sont pas faits pour être en interaction l'un avec l'autre ou, par la force des choses, ils n'ont pas du tout la même mission et le même mandat. Et on doit s'assurer de pouvoir être capables de mieux déceler les personnes qui auront besoin de services de santé mentale, puis c'est vrai également pour les services de santé physique, et de pouvoir les accueillir à leur sortie des établissements de détention pour leur donner des services de qualité en santé mentale.

Le Président (M. Bérubé): Merci, Dr Delorme. M. le député de Lévis.

M. Lehouillier: Alors donc, pouvez-vous me parler sur plus ce que j'appelle la garde en établissement, là, la cure fermée. Ça, c'est... il y a pas mal de groupes de défense, là, en droit en santé mentale qui s'interrogent là-dessus, et pour... Eux, ils disent que c'est nombreux, c'est chose courante. Qu'est-ce qu'on fait pour essayer de contrôler ça, cette... Parce que la loi l'autorise, donc à partir du moment où la loi l'autorise, c'est quoi, les mécanismes de contrôle qui sont mis en marche pour s'assurer justement qu'on n'a pas d'abus pour les gens internés?

Le Président (M. Bérubé): Dr Delorme, en moins de deux minutes.

M. Delorme (André): Oui, d'accord. Bien, alors, vous faites référence à la loi P-38 dont je parlais tout à l'heure. C'est une loi d'exception, alors ce que ça veut dire, c'est que ce n'est pas une loi qui devrait être invoquée très, très souvent dans les yeux des groupes de défense; le ministère partage cet avis-là. Cependant, on voit de plus en plus de gens qui sont en marge de la société, en itinérance. Il y a des drogues qui sont de plus en plus délétères à la santé mentale des gens; on en fait beaucoup abus. Et, par la force des choses, il y a une certaine augmentation de conditions pour lesquelles on doit invoquer la loi P-38. Alors, je pense que ce qu'on doit faire en particulier, et on fait des efforts en ce sens-là, c'est de s'assurer qu'elle est invoquée le moins souvent possible. Il y a là un arrimage avec les services de crise dont on parlait plus tôt cet après-midi, l'importance d'être capable de déceler les situations où on pourra régler une crise à l'extérieur et éviter la cure fermée, qu'on appelait autrefois, là, la garde

en établissement. Alors, il y a des efforts à faire de ce côté-là.

Il y a également des efforts à faire en termes d'information au client, quand il se présente malgré tout, là, contre son gré, à l'hôpital, de façon à ce qu'il puisse invoquer ou faire défendre ses droits. Et je pense que là il y a des efforts... L'urgence est un lieu qui travaille et qui roule très rapidement, et on n'a pas nécessairement... On n'est pas dans un cadre juridique généralement quand on se présente avec un infarctus, ou une douleur dans le dos, ou peu importe. Alors, il faut, là, accompagner notre réseau à ce qu'il développe un peu plus le réflexe de bien accompagner cette clientèle-là qui n'arrive pas de son plein gré mais dans un contexte de judiciarisation civile pour que les gens aient le plus d'informations possible sur leurs droits et qu'ils puissent avoir des mécanismes...

Le Président (M. Bérubé): En conclusion. Ça conclut. Merci, Dr Delorme. Alors, merci à toutes et tous pour votre participation.

La Commission de la santé et des services sociaux ajourne ses travaux au mardi 4 mai, à 10 heures, dans cette même salle, afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux. Bonne fin de soirée.

(Fin de la séance à 18 h 6)