



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 12 avril 2011 — Vol. 42 N° 7

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

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

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 mardi 12 avril 2011 — Vol. 42 N° 7

Table des matières

Santé	1
Discussion générale (suite)	1
Documents déposés	55

Intervenants

M. Gerry Sklavounos, président

M. Yves Bolduc

M. Germain Chevarie

Mme Agnès Maltais

Mme Maryse Gaudreault

M. François Bonnardel

M. Gilles Lehouillier

M. Sylvain Simard

M. Pierre Paradis

M. Éric Caire

M. André Villeneuve

M. Mathieu Traversy

M. Dave Turcotte

M. Guy Leclair

M. André Simard

M. Amir Khadir

M. Sylvain Pagé

* M. André Delorme, ministère de la Santé et des Services sociaux

* M. Jacques Cotton, idem

* M. Horacio Arruda, idem

* Mme Édith Lapointe, idem

* M. Michel Bureau, idem

* M. Richard Audet, Régie de l'assurance maladie du Québec

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 12 avril 2011 — Vol. 42 N° 7

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

(Dix heures quatre minutes)

Le Président (M. Sklavounos): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demanderai à toutes les personnes présentes dans la salle de prendre quelques secondes pour bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Santé

La commission, comme vous le savez, est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2011-2012.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Maltais (Taschereau) remplace M. Pelletier (Saint-Hyacinthe); M. Villeneuve (Berthier) remplace M. Traversy (Terrebonne); et M. Bonnardel (Shefford) remplace M. Deltell (Chauveau).

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, Mme la secrétaire. Je me permets de saluer les collègues parlementaires du côté ministériel, l'opposition officielle, deuxième groupe d'opposition. M. le ministre, je vous salue également, tous les gens de l'entourage de M. le ministre ainsi que les gens du ministère.

Juste pour vous dire où nous sommes dans l'organisation de nos travaux: il resterait au parti ministériel 4 h 28 min dans leur enveloppe; à l'opposition officielle, 2 h 54 min; et, pour le deuxième groupe d'opposition, 52 minutes.

Alors, puisque nous avons débuté nos travaux à environ 10 h 4 min, est-ce qu'il y a le consentement de la part du parti ministériel pour qu'on prenne le temps de le retrancher, pour qu'on puisse terminer à midi? Ça va?

M. Bolduc: Oui.

Discussion générale (suite)

Le Président (M. Sklavounos): Ça va? Alors, il y a consentement. Alors, nous sommes rendus à un nouveau bloc de 20 minutes et, puisque nous avons terminé hier avec l'opposition officielle, nous allons débiter aujourd'hui avec le parti ministériel. Et je cède sans plus tarder la parole à M. le député des Îles-de-la-Madeleine et adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député, vous avez la parole.

M. Chevarie: Oui. Merci, M. le Président. Bonjour à M. le ministre, à toute l'équipe ministérielle, aux collègues de l'opposition et aux collègues ministériels.

J'aimerais revenir sur les plans régionaux d'effectifs médicaux, M. le Président, compte tenu que les médecins

sont des acteurs évidemment extrêmement importants dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ce sont des professionnels qui ont une relation de proximité auprès de l'ensemble de la population québécoise, et particulièrement pour l'accès aux services médicaux à différents niveaux et...

Bon, hier, lors de cette commission, on en a parlé, on en a discuté, on a échangé avec le Dr Bureau particulièrement et avec M. le ministre également, et j'aimerais aborder la question plus spécifique des plans quinquennaux, qui débutent en 2011 et qui vont s'échelonner sur cinq ans, jusqu'en 2015. Et j'aimerais ça que le ministre nous donne un peu plus d'information sur ces plans régionaux d'effectifs médicaux et qu'il nous précise aussi les principaux enjeux qui sont en arrière de ce grand processus.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, ce qu'il faut comprendre, c'est que l'organisation des services suit souvent l'organisation médicale, puis ce qu'on a fait au niveau de ces plans quinquennaux, c'est qu'on a organisé géographiquement, c'est-à-dire par territoire de CSS, quels étaient les besoins en termes de médecins pour les différentes spécialités puis également pour la médecine de famille. Et, là-dessus, on va tenir compte de trois phénomènes: le premier, de la géographie, où vous êtes; deuxièmement, de la population; et, troisièmement, de l'organisation des services que doit avoir la communauté.

Puis je vais vous donner un exemple. Si vous prenez un endroit comme... où est-ce que j'étais originaire, Alma, au Lac-Saint-Jean, c'est une population de 51 000 habitants. En termes d'organisation de services, ça nous prend toutes les spécialités de base. Exemple, la chirurgie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, l'urologie; et, selon la population de 50 000, on a déterminé que ça prenait, un exemple, deux ophtalmologistes, un urologue, quatre chirurgiens généraux, quatre orthopédistes et trois internistes. Et, à partir de ça, on établit les besoins pour les cinq prochaines années au niveau de la population et on se fait une planification pour que l'ensemble du territoire du Québec ait les effectifs médicaux nécessaires pour traiter leur population.

Et, lorsqu'on arrive dans un autre endroit, puis on va y aller sur un centre régional, on parle de Chicoutimi: à ce moment-là, à Chicoutimi, eux autres, ils vont avoir leurs spécialités de base, telles que la chirurgie générale, l'orthopédie, à laquelle on va rajouter de la neurochirurgie, de la chirurgie cardiovasculaire, qui va couvrir l'ensemble du territoire du Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est-à-dire 261 000 habitants. Et, cette organisation des services, auparavant on la faisait une année à la fois, compte tenu qu'il y avait une pénurie de médecins, mais, comme on l'a dit hier, depuis 2003, on a augmenté beaucoup les étudiants en médecine, ce qui fait qu'on a beaucoup plus de médecins qui sortent au cours des prochaines années, qui va nous permettre de répartir mieux l'ensemble des

médecins sur tout le territoire du Québec. Et, cette planification-là, plutôt que de la faire une année à la fois, parce que, pour recruter un médecin, souvent il faut penser deux, trois puis quatre ans avant, à ce moment-là ça va permettre aux établissements de savoir que... un exemple: si vous avez besoin de trois néphrologues, bien, si on vous en a donné cinq pour dans cinq ans, bien vous planifiez aujourd'hui pour pouvoir recruter deux autres néphrologues au cours des prochaines années.

● (10 h 10) ●

Le constat qu'on fait, c'est que, d'abord, on veut rapprocher les services le plus près possible de la population. Donc, chaque petite communauté devrait avoir ses spécialistes de base. Quand on arrive sur des plus grands ensembles, au niveau régional, à ce moment-là on s'organise pour qu'il y ait toutes les spécialités pour couvrir toute la région. Puis là je vais vous donner un exemple, parce que je vois le député de Shefford qui a donné un commentaire, la semaine passée, à *La Voix de l'Est*, là, qui était un commentaire justifié: c'est que, quand on a fait la répartition des effectifs médicaux et qu'on a établi, par bassin de 50 000, 75 000 ou 100 000, le type de pratique qu'il devrait y avoir, il y en a qui ont eu peur de perdre des choses.

Et, moi, ce que j'ai dit à *La Voix de l'Est* la semaine dernière, qui est passé samedi dans le journal, ce que je leur ai dit, c'est: Toutes les communautés restent au moins avec les mêmes effectifs médicaux. Et c'est souvent le contraire, on rajoute des services au niveau médical, sauf qu'il y a certains secteurs, exemple: si vous avez seulement qu'un urologue dans un établissement, et, la ville voisine, qui est à 75 kilomètres, vous avez deux urologues, on aimerait ça que les trois urologues s'entendent ensemble pour avoir parfois une garde partagée, quand il y en a un qui part en vacances. Et l'objectif, c'est qu'il n'y ait jamais de rupture de services, quelle que soit la spécialité, pour n'importe quel endroit au Québec. Donc, ça nous prend des corridors de services et des ententes.

Et il y a certains endroits, les établissements s'entendent entre eux autres pour concentrer certaines spécialités. Encore là, je vais donner un exemple: l'hématologie. En hématologie, ce qui est important, c'est qu'on reçoive les services sur place, en termes de traitements. Par contre, est-ce qu'on a besoin d'avoir un hématologue dans chacun des hôpitaux? La plupart des hématologues vont vous dire qu'eux autres, ils préfèrent travailler en équipe et aller sur place pour donner les services, sans nécessairement que ce soit un hématologue par hôpital. Il pourra arriver qu'au niveau régional on dit: On a cinq hématologues, ils s'entendent pour couvrir les services. Ils pourraient être dans le même hôpital, en autant qu'ils aillent travailler dans les autres hôpitaux pour donner ces services-là.

L'objectif, c'est que le patient doit recevoir le service. Et c'est ça, la finalité des plans quinquennaux, c'est que, plutôt que de répartir une pénurie, on va répartir un plus grand nombre de médecins que sur le marché du travail, qui va nous permettre, dans nos perspectives, d'ici à peu près trois à cinq ans, on va pouvoir dire que la majorité des endroits vont être bien couverts, et, lorsqu'il va y avoir des pénuries, souvent, au lieu d'être quatre orthopédistes, ils vont être trois temporairement, donc on est capables quand même d'assumer les services.

C'est une planification qui a été très bien reçue. Également, au niveau de la planification quinquennale,

on en a profité pour corriger, je vous dirais, des inéquités entre les régions, dont, entre autres, juste pour vous donner un exemple, entre 2010 et 2011, on a ajouté 57 médecins spécialistes dans la Montérégie, 41 dans les Laurentides, 22 dans Lanaudière et 15 à Laval. Parce qu'on sait que les médecins étaient plus concentrés à Montréal, ça fait qu'on n'enlève rien à Montréal, parce que Montréal augmente également de 33, sauf qu'on augmente en plus grande proportion dans les deux couronnes, nord et sud, de Montréal, pour la simple raison: la croissance démographique au cours des dernières années fait en sorte qu'il y a plus de population, donc qui nécessite plus de médecins, mais, en plus de ça, c'est qu'on va développer plus de services, parce que l'organisation des services suit souvent la pratique médicale. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député des Îles, question complémentaire?

M. Chevarie: Oui. S'il vous plaît, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y.

M. Chevarie: Pour arriver à un nombre... je regarde le tableau, on parle, pour l'année... le PREM, pour l'année 2011, de 8 536 médecins, O.K.? Pour arriver à ce chiffre, comment le mécanisme se fait à partir du CSSS dans une région donnée? Par exemple, les Îles-de-la-Madeleine, notre CSSS, avec l'équipe médicale, réfléchit aux besoins. Comment le processus se fait pour arriver, j'imagine, jusqu'à vous pour autoriser le PREM?

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

M. Bolduc: Bien, dans un premier temps, c'est que c'est une commande qui vient du ministère, qui est adressée aux agences, qui l'adressent aux établissements pour leur demander c'est quoi, leurs besoins. Et, dans le cas... Puis on part déjà sur des plans d'effectifs qui sont déjà établis depuis plusieurs années. On a des consultations au niveau des établissements. Par la suite, au niveau des agences, ils font le regroupement au niveau régional, et après ça il y a des discussions entre les ministères et les agences pour savoir le nombre de postes qui va être octroyé selon l'organisation des services. Et par la suite il y a également des consultations au niveau de la Fédération des médecins spécialistes du Québec quand ça concerne les spécialistes et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec lorsque ça concerne les médecins de famille. Et il y a des processus, après ça, de discussion pour savoir c'est quoi, l'organisation de services qui va exister et c'est quoi, les besoins en termes d'effectifs médicaux. Et après ça on fait une transition selon le nombre de médecins qui va sortir au cours des cinq prochaines années; on peut en établir combien au Québec.

Donc, on est dans une organisation où est-ce qu'on veut répondre au service, localement, du patient, et par la suite on détermine la quantité de médecins dans chacune des spécialités pour chacun des secteurs. Et, comme je le disais il y a quelques minutes, c'est certain, de la chirurgie générale, on en a à peu près partout. Mais, quand on arrive au niveau de la neurochirurgie, c'est des médecins qui couvrent des grandes régions, dans des grands territoires, et c'est concentré en un seul endroit

tout simplement parce que ça prend la masse critique pour s'assurer qu'on ait de la qualité, puis également ça prend un minimum d'effectifs médicaux.

Le principe, c'est qu'il faut que le patient soit capable de recevoir son service le plus près possible d'où il demeure, en tenant compte qu'il y a certains services qui sont au niveau régional. Et il y a certains services, quelques spécialités, puis je vais vous donner un exemple: transplantation cardiaque, ça va se faire à un ou deux endroits au Québec, peut-être trois; mais ça, c'est concentré, puis c'est pour justement s'assurer qu'on ait la meilleure qualité possible.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député des Îles.

M. Chevarie: Oui. Merci. Vous avez parlé... Dans votre réponse, on parle de spécialités de base puis d'autres médecins spécialistes, j'aimerais ça vous entendre, à savoir: Comment est-ce qu'on définit la spécialité de base? Et est-ce que je comprends que... est-ce que je comprends que tous les CSSS, ou à peu près, ou toutes les régions sont pourvues de médecins en spécialités de base?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député. M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, lorsqu'on parle de spécialités de base, on va parler... comme en chirurgie, c'est la chirurgie générale. Vous allez avoir l'urologie qui est souvent une spécialité de base également. L'orthopédie est souvent une spécialité de base, que ça prend quand même un certain bassin de population. Et, l'ophtalmologie, il y a également une spécialité de base à certains endroits, une spécialité régionale à d'autres endroits. Quand vous parlez de spécialité régionale, un exemple, c'est la chirurgie cardiovasculaire. Vous avez la... Vous allez avoir également comme la neurochirurgie, qu'on retrouve dans certaines régions. Médecine interne est une spécialité de base du côté médical, et, quand vous arrivez en rhumatologie, ça, c'est une spécialité qui est plus au niveau régional.

Donc, on est capable de déterminer, selon les bassins de population, le nombre d'effectifs par région et par territoire. Je vais vous donner un exemple qui vous concerne. Aux Îles-de-la-Madeleine, vous avez des médecines internes, trois médecines internes, vous avez également des chirurgiens généraux et vous avez un gynéco-obstétricien, et ça, c'est considéré comme étant des spécialités de base, qu'on a dans à peu près tous les territoires. La gynéco-obstétrique, il y a certains endroits où est-ce que les petites populations continuent quand même à faire de l'obstétrique. À ce moment-là, c'est le chirurgien général qui peut faire les césariennes et qui est formé pour faire les césariennes.

Donc, on a vraiment une organisation de services pour donner les services les plus près possible du patient où il demeure, sauf qu'il y a certains services qu'on est obligé de regrouper au niveau régional pour s'assurer de garder la qualité, et ça prend, à ce niveau-là, un volume minimal d'activité.

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

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Toujours dans le tableau, que j'ai en ma possession, sur la prévision

du rehaussement pour l'année 2011 au niveau des médecins spécialistes, comparativement à 2010, on devrait se retrouver avec un rehaussement de 237 médecins spécialistes. Est-ce que ça veut dire, à ce moment-là, que nos universités sont en mesure de nous livrer des cohortes pour pouvoir répondre à cette cible-là d'une augmentation de 237 médecins?

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

M. Bolduc: Bon. Un, il y a deux éléments: c'est que, quand on donne... dans les plans régionaux d'effectifs médicaux, on donne plus de possibilités de recrutement, donc on offre 237 places de plus, mais elles ne sont pas nécessairement comblées dans l'année par des spécialistes qui sortent. Mais, lorsque vous regardez les prévisions, au cours des prochaines années, il va sortir beaucoup plus de spécialistes que dans les dernières années, tout simplement parce qu'en 2003 on a augmenté les cohortes, on est passé d'environ 420 à plus de 800 médecins qui sont formés aujourd'hui. Là-dessus, c'est 50 % qui vont terminer en spécialités.

Donc, au cours des prochaines années, ce qu'on a fait, c'est qu'on a créé les endroits... on a dit à des endroits: Vous avez le droit à certains types de spécialistes, en telle quantité, et, à ce moment-là, vous vous organisez pour recruter. Et, quand on vérifie, c'est que le nombre de médecins qui va sortir dans ces spécialités-là souvent correspond à peu près au nombre de places qui vont être disponibles, mais c'est des ajustements qui se font sur plusieurs années.

Souvent, dans des endroits, exemple, aux PREM, il y a quatre orthopédistes possibles. Ils en ont trois, ça veut dire qu'ils ont le droit d'en recruter un de plus. Ce que ça permet, ça permet également d'éviter qu'à un endroit où est-ce qu'il y a des besoins pour quatre ils se retrouvent six. Ce qui permet que les deux médecins qui auraient pu aller là, mais que, là, à cause de la limitation des PREM... nous permet de les affecter à d'autres endroits. C'est pour ça, quand vous regardez au Canada, le Québec est l'endroit où est-ce qu'on a réussi à mieux répartir les effectifs médicaux sur le territoire québécois. Si vous allez en Ontario, ils ont beaucoup de difficultés à recruter dans le nord de l'Ontario tout simplement parce que les médecins peuvent s'installer n'importe où, tandis que, nous autres, nous avons eu une gestion du nombre de médecins qui peut s'installer par endroit, et ça oblige les médecins à choisir des endroits où ils vont aller pratiquer; par la suite, il peut y avoir une mobilité. Mais c'est ce qui fait aussi que l'Abitibi-Témiscamingue, le Saguenay—Lac-Saint-Jean, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a des spécialistes pour répondre aux besoins de leur clientèle, et, même, c'est dans ces endroits-là souvent qu'on a le moins de pénuries. Actuellement, il faut faire des ajustements surtout pour les couronnes nord et sud de Montréal, c'est-à-dire la Montérégie, Laval, Lanaudière et les Laurentides.

● (10 h 20) ●

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

M. Chevarie: Est-ce qu'il reste encore...

Le Président (M. Sklavounos): Oui, il reste du temps, il vous reste sept minutes, M. le député.

M. Chevarie: O.K. J'ai une dernière question sur le sujet. En préambule, vous avez mentionné que les PREM sont organisés et modulés en fonction de trois phénomènes, trois critères: la géographie, la population et l'organisation. Ce que je comprends de cet exercice-là puis de cette méthodologie-là, c'est de permettre à l'ensemble de la population du Québec d'avoir accès à des médecins spécialistes et des médecins de médecine familiale de façon équitable, mais pas nécessairement de façon égale, parce qu'on tient compte de ces trois critères-là.

J'aimerais ça vous entendre là-dessus, parce que j'imagine que, si on n'avait pas ces critères-là, ça causerait une distorsion dans l'affectation des médecins ou la volonté des médecins d'aller vers un territoire plutôt que d'autres.

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

M. Bolduc: Oui. Je vais reprendre les principes puis je vais vous donner un exemple. Comme aux Îles-de-la-Madeleine: les Îles-de-la-Madeleine, c'est une population de 13 000 personnes. On ne peut pas installer un seul chirurgien général, à cause du principe de la garde. Donc, au niveau géographique, les Îles-de-la-Madeleine étant une île qui est quand même assez... à une heure d'avion du Québec, ça permet d'offrir les services, si on offre au moins la place de deux chirurgiens. Et, compte tenu du contexte des Îles, on en a déjà discuté, souvent ça peut prendre trois personnes pour faire la garde, compte tenu des vacances. Donc, géographiquement, on va tenir compte du contexte des îles.

Quand vous arrivez en Gaspésie, vous allez à Gaspé, une population de 20 000, là vous allez mettre l'organisation de services pour couvrir la population de 20 000 avec un ou deux orthopédistes, à cause de la garde — là, eux autres, ils ont un orthopédiste actuellement — et vous allez avoir une équipe de trois chirurgiens généraux pour, encore là, assumer la garde.

Quand vous arrivez dans des endroits avec des plus grandes populations, un exemple: à Saint-Hyacinthe... Si vous arrivez à Saint-Hyacinthe, 200 000 de population, à ce moment-là vous êtes capables d'offrir à peu près tous les services que nécessite une population de 200 000, sauf la neurochirurgie et la chirurgie cardiovasculaire. Vous allez avoir des néphrologues, des orthopédistes, vous allez avoir du vasculaire, ce qui va permettre aux gens d'être traités localement. Donc, c'est pour ça qu'on dit qu'il faut tenir compte de la géographie.

La démographie, c'est que, si vous êtes une très petite population — encore là, je vais vous reprendre la Gaspésie — à Gaspé: vous ne pouvez pas avoir de chirurgie vasculaire à Gaspé ou de chirurgien cardiovasculaire, parce que ça prend un volume minimal pour assurer la qualité. À ce moment-là, le patient va être référé soit à Rimouski ou encore à Québec.

Donc, c'est cette organisation des services qui nous permet d'offrir la meilleure qualité des soins le plus proche du patient, sauf que, si un patient a besoin d'un service plus spécialisé, il y a un endroit au Québec qui est désigné où il va pouvoir les recevoir. L'organisation des services, d'ailleurs, au Québec, est très bien faite, parce que généralement, quel que soit le territoire sur lequel vous demeurez, 90 % à 95 % des services peuvent être donnés localement, sauf les services surspécialisés, où il faut aller les chercher le plus près des patients. Mais ça arrive

combien de fois dans une vie que vous avez besoin de services surspécialisés? Sauf pour les cas très rares, ça peut arriver quelques fois qu'on a besoin d'aller soit à Québec ou à Montréal pour aller chercher ce type de service là, et ce que vous voulez, c'est la meilleure qualité. Donc, c'est un principe d'organisation de services qui fonctionne très bien pour l'ensemble de la population du Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député, il reste encore deux à trois minutes. Allez-y.

M. Chevarie: O.K. Merci, M. le Président. Est-ce que les médecins en formation, les résidents, est-ce qu'ils sont... est-ce qu'ils sont impliqués dans les PREM ou c'est complètement une chose à part, des modalités tout à fait différentes par rapport aux médecins résidents?

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

M. Bolduc: Bien, les médecins résidents savent le nombre de postes qui va être disponible. Puis il faut voir: maintenant, la culture des PREM est quand même bien inculquée. Ça ne veut pas dire que les gens l'acceptent, parce que souvent les résidents préféreraient aller à l'endroit où ils voudraient aller pratiquer, là, tandis que, nous autres, on leur dit: Il faut aller à l'endroit où est-ce qu'il y a du travail puis où est-ce qu'il y a des besoins. Donc, je pense qu'il y a cette différence-là.

Deuxièmement, les gens savent, à chaque année — et là ça va être pour cinq ans — les endroits qui vont être disponibles au Québec, par spécialité, et ce qu'ils vont voir également, c'est qu'il y a certaines spécialités où on commence à être... sans dire être saturés, qu'on commence à en avoir assez, au Québec. Et, ces spécialités-là, il va falloir les gérer. Souvent, on a même eu des demandes de certaines associations de spécialistes de commencer à penser le nombre d'admissions en résidence dans ces spécialités, parce qu'on voit qu'il va en avoir peut-être un peu trop au Québec.

Donc, on a ce nouveau phénomène là qui apparaît. Mais présentement ce qu'on essaie, c'est qu'on essaie de faire les ajustements des postes en résidence en relation avec la disponibilité au niveau des postes au Québec, et par la suite on va faire des ajustements pour s'assurer qu'il y ait une bonne répartition sur l'ensemble du territoire.

Je dois vous avouer que c'est... en tout cas, moi, je suis quand même fier de nos équipes, parce que c'est très bien géré, on a le portrait exact de chacun des territoires, on a également les portraits de consommation pour chacune des spécialités, et, depuis qu'on fait ça sur plusieurs années, on se retrouve avec un équilibre au niveau de la répartition des effectifs médicaux sur le territoire du Québec.

M. Chevarie: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, M. le ministre. Je vais tout de suite passer de l'autre côté, à Mme la députée de Taschereau et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. Vous avez la parole, Mme la députée.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Bonjour, tout le monde. On se retrouve ce matin après un quatre heures,

hier soir, de débats sur ces crédits. J'aimerais continuer sur le même sujet, soit la privatisation, qui se fait en douce, dans notre système de santé, et j'aborderais ce côté-là par le dossier des coops de santé.

Il y a un article, dans *Le Devoir* du 11 avril, qui s'intitule *Coops de santé: Québec dans l'embarras*. Pour expliquer comment Québec s'est retrouvé dans l'embarras, je vais faire un petit... très, très bref historique. À l'étude des crédits de 2009, le 22 avril 2009, le ministre, qui est ici présent, avait déclaré ceci — alors, dans le texte: «Dans un contexte de pénurie de ressources, le patient n'a pas le choix. S'il veut être soigné, il est obligé de donner le 100 \$, sinon il n'aura pas les services. Donc, c'est un "ticket modérateur", et j'utilise le mot, là, c'est-à-dire que c'est un élément qui bloque l'accessibilité à des services, et le patient, selon moi, est pris en otage.» Et ce qu'il a dit ensuite, c'est: «On va légiférer très bientôt, l'article est en préparation actuellement pour s'assurer que, s'il y a une coopérative, ils ne puissent pas refuser des gens.» Ça, c'est ce qu'il dit en 2009.

Volte-face en 2010, il nous dit: Suite à une réflexion... puis on a décidé de suspendre l'adoption d'un projet de loi, une modification législative, et de voir comment le dossier va évoluer au Québec. Bien, la réponse c'est: Québec est dans l'embarras, le dossier ne s'est pas réglé. Puis ça va très mal au Québec, il y a même des plaintes qui ont été déposées au ministère des Affaires municipales, il y a des conseils municipaux qui se battent, ça ne va pas bien. Pourquoi? Parce qu'il n'y a pas de balises.

On sait que, d'après l'article du *Devoir*, il y a trois coopératives qui sont dans le collimateur de la RAMQ. Au moins une a fait l'objet d'une plainte au ministère des Affaires municipales, et personne n'a encore osé trancher quant à la légalité de ce modèle d'affaires.

Ce qui est étonnant, c'est que «la RAMQ rappelle... c'est ce qu'on dit dans le... La RAMQ, ici, je ne sais pas qui de la RAMQ est cité dans l'article du *Devoir*: «L'accès à un médecin ne doit jamais être conditionnel au paiement d'une somme d'argent.» Alors, la RAMQ se range du côté du ministre. Sauf qu'il y a un citoyen de l'Outaouais qui a écrit au ministère de la Santé, qui a reçu une réponse. Cette réponse dit... le ministère de la Santé dit: «En appliquant ces principes de la coop — à une première question — nous en arrivons à la conclusion qu'une clinique médicale peut en toute légalité établir des conditions d'accès à ses installations qui seraient fondées sur le fait qu'une personne soit membre d'une coopérative», donc sur le paiement de 100 \$ pour être membre d'une coopérative. Le ministère de la Santé vient de le dédire, de dire le contraire de ce que nous disait le ministre en 2009.

Alors, ma question, c'est... Le ministre avait dit: Ça va bien, il n'y a pas de problème avec les coops, pas besoin d'établir les balises tout de suite, mais le projet de loi est prêt. Maintenant, tout le monde s'entend que les coops ont permis à certaines régions de conserver des médecins, mais maintenant les règles ne sont plus claires, et le conflit est pris sur le territoire québécois. Quand est-ce que le ministre va déposer les amendements à la loi pour qu'on balise la façon dont les coops travaillent?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Comme de fait, on a regardé le modèle des coops au Québec, puis

c'est un modèle qui est asymétrique. Il demeure que les coops, dans certaines communautés, ça a permis aux communautés d'avoir des médecins qui s'installent localement, avec une prise en charge au niveau des frais, pour certains frais, sur le modèle coopératif, c'est-à-dire qu'on demande à des gens de cotiser à la coop pour pouvoir... justement pouvoir avoir une clinique. Ça, c'est le premier principe.

Par contre, ce qu'on a dit depuis le début, c'est que ça ne doit pas empêcher un patient qui n'est pas membre de la coop de pouvoir consulter. Lorsque nous sommes arrivés puis que nous avons voulu faire un règlement, ce n'était pas nécessairement une loi, mais il y avait également un règlement qui était possible, on a rencontré différentes coopératives qui nous ont expliqué leur modèle, puis eux autres nous ont expliqué également qu'on pouvait s'autogérer, au niveau des coopératives, et, entre autres, le principe de la non-discrimination devrait être respecté.

Là, ça dépend jusqu'où on veut aller dans l'implémentation au niveau de la gestion des cliniques. Ce qu'on a fait, c'est qu'on a donné la chance au coureur, et ce que nous avons dit également, c'est: S'il y en a qui ont la perception qu'ils étaient à côté de l'accessibilité, à ce moment-là c'est un des mandats de la Régie de l'assurance maladie du Québec d'aller faire les vérifications. Et, comme de fait, la Régie de l'assurance maladie du Québec fait des vérifications actuellement dans certaines coops pour valider s'il n'y a pas une discrimination par rapport à l'accessibilité. Donc, c'est un modèle qui est très acceptable, c'est un modèle qui fonctionne très bien dans certains endroits, c'est un modèle qui, également, a été demandé par des communautés, et il y a des maires qui ont défendu ce modèle-là.

C'est certain qu'il y a d'autres endroits qui vont dire: Nous autres, on ne voudrait pas ça, on voudrait ça autrement. Mais je pense qu'il y a libre choix, au niveau de la communauté, de décider quelle sorte de modèle qu'ils doivent avoir en termes d'organisation médicale, en autant qu'on puisse offrir la disponibilité de services médicaux localement, dont, entre autres, un médecin.

Présentement, la situation, c'est le même message que je fais, c'est-à-dire que le modèle des coopératives est un bon modèle, en autant qu'il n'y ait pas de discrimination quant à l'accessibilité des services pour les patients. Quand quelqu'un... Également, quand une coop charge un certain tarif, il y a certains services, qui habituellement ne sont pas donnés par une clinique privée, qui, à la limite, peuvent être donnés par une coopérative, et ça peut justifier un frais, mais encore là, je le rappelle, le modèle doit être basé sur une non-discrimination face au patient qui consulte.

● (10 h 30) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Alors, je rappelle au ministre que, sur les coops de santé, il a déjà promis d'éclaircir la situation s'il y avait des problèmes. On est rendus avec des coops qui... des municipalités qui sont poursuivies au ministère des Affaires municipales, on est rendus avec des... même des présidents de coopérative... M. Descôteaux qui dit: «Je suis conscient qu'il y a une zone grise et je pense qu'elle est entretenue par le gouvernement, qui ne met pas ses culottes. C'est bien commode, les coops pour eux, on désengorge les urgences, et c'est aux municipalités de s'arranger avec ça.» Voilà.

Nous demandons, parce que, nous aussi, nous croyons que c'est possible... les coops peuvent être un modèle viable, mais nous demandons au gouvernement de mettre ses culottes et de légiférer, comme il l'a promis, de légiférer si la situation devenait embrouillée et s'il y avait des problèmes. La situation est embrouillée, il y a des problèmes, tout le monde réclame que le gouvernement légifère, on attend les balises du gouvernement.

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

M. Bolduc: M. le Président, il y a une partie qui n'appartient pas au ministère de la Santé, c'est que chaque municipalité est responsable de sa municipalité, et c'est selon leurs règlements à eux autres, ou les règlements municipaux, à savoir est-ce qu'ils peuvent contribuer ou pas à une coop. On n'a pas à s'impliquer à ce niveau-là, au niveau... Exemple, si l'ensemble de la population est d'accord pour qu'il y ait une collaboration avec la coopérative, ce n'est pas au ministère de la Santé à aller dire au maire: «Tu vas le faire» ou «Tu ne feras pas ça» ou... En tout cas, il la vérifiera ses règlements municipaux. Il faut laisser ça dans la cour du municipal.

Ce que l'on dit, c'est que, lorsqu'il y a une coopérative qui s'installe dans une communauté pour donner des services, ce qui est très légitime, qui est habituellement très bien accueilli par la communauté, parce qu'il y a plusieurs communautés, d'ailleurs, qui trouvent que la solution à leur accessibilité de services passe par une coopérative, on n'a pas l'intention de s'impliquer et de leur dire quoi faire et comment faire, sauf qu'on porte un critère à leur attention qui est bien important: il ne doit pas y avoir de discrimination par rapport aux services donnés à la population. La coop devient une contribution volontaire pour pouvoir se donner un service localement. Si on essaie de légiférer à ce niveau-là, à ce moment-là, déjà les règles sont bien établies. Si quelqu'un va à côté de ce principe-là, c'est la Régie de l'assurance maladie du Québec qui a le mandat d'aller faire une inspection, d'évaluer, de faire des recommandations et possiblement de prendre des mesures pour empêcher cela. Et on va quand même continuer à fonctionner comme ça, parce que de faire des règlements, ça peut se faire aussi au détriment des coops puis des services au niveau de la population.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Je voudrais savoir si le ministre a, comme il l'a dit déjà ici... si c'était vrai, ce qu'il a dit. Je vais citer, il va me dire si c'est vrai: «On va légiférer très bientôt — on sait déjà que ce n'est pas vrai — mais l'article est en préparation pour s'assurer que, s'il y a une coopérative, qu'ils ne puissent pas refuser des gens.» Est-ce qu'un tel article de loi a été préparé? Est-ce qu'il y a eu des travaux au ministère?

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

M. Bolduc: M. le Président, il y a eu des travaux au ministère, et, lorsqu'on est arrivés pour aller en consultation, discuter avec les principaux intervenants, il a été décidé tout simplement de ne pas légiférer parce qu'on peut atteindre le même résultat, c'est-à-dire ne pas avoir

de discrimination au niveau de la population par rapport aux soins qu'ils reçoivent, avec les règlements actuels. C'est ça. Puis on a consulté les gens, on a rencontré des gens, et c'est là-dessus qu'on a pris la décision plutôt d'y aller avec les règlements actuels et d'opérer de cette façon.

Et, comme de fait, j'avais dit à l'époque qu'on regarderait pour légiférer, mais je suis un ministre qui écoute, et je ne suis pas quelqu'un qui est entêté, et, quand je me suis assis avec les gens, je me suis rendu compte qu'avec les règlements actuels on pouvait atteindre les mêmes résultats. Et l'objectif, également, ce n'est pas de nuire aux coopératives. Il n'est pas question de mettre des règlements pour leur nuire, pour les empêcher de croître ou de s'installer dans des communautés, mais on veut une certaine discipline de la part des coopératives de façon à ce qu'il n'y ait pas de discrimination par rapport aux patients qui consultent au niveau de leur clinique.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Qui le ministre a-t-il consulté?

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

M. Bolduc: Écoutez, j'ai rencontré des gens des différentes coopératives, parce que je me promène partout au Québec, puis, quand on a fait le tour, il y a même les représentations des associations des coopératives qui venaient me dire, peut-être, d'être prudents dans le modèle qu'on pourrait appliquer s'il y avait des règlements qui étaient trop sévères. Et ce qu'on m'a dit de façon informelle, il n'y a pas eu de consultation avec... une consultation écrite, mais de façon informelle, ce que les gens me disaient, c'est qu'ils vont essayer de s'autodiscipliner, puis, s'il y a des problèmes, on a les outils avec la Régie de l'assurance maladie du Québec. La preuve: il y a des enquêtes présentement de la Régie de l'assurance maladie du Québec face à certaines coops. Ce sont des enquêtes qui ont été publicisées dans les médias. Et, si la députée pense qu'il y a un endroit... Puis j'invite la députée, d'ailleurs... Si elle pense qu'il y a un endroit que le principe n'est pas bien appliqué, bien je l'invite à le dire à la Régie de l'assurance maladie du Québec, puis ça va leur faire plaisir d'aller vérifier ça sur place. Moi, j'invite la députée, si jamais...

Mme Maltais: ...

M. Bolduc: M. le Président, est-ce que je peux juste finir de répondre?

Le Président (M. Sklavounos): Attendez... attendez... juste... Attendez. Le temps, à date... Écoutez, comme vous savez, là, M. le ministre est sur la question, sa réponse est pertinente. Je ne peux pas évaluer la qualité de la réponse, et on ne peut pas...

Mme Maltais: ...

Le Président (M. Sklavounos): Oui. Le temps se passe équitablement. Tout est chronométré ici par le personnel du secrétariat, alors je peux vous assurer que tout se passe correctement. Je vais permettre à M. le ministre de terminer sa réponse, par la suite vous aurez votre occasion. Allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Je tiens à le rappeler, on croit dans le modèle des coopératives bien appliqué. Et, s'il y a quelqu'un au Québec qui pense qu'il y a de la discrimination de la part d'une coopérative par rapport au patient, je l'invite à le laisser savoir à la Régie de l'assurance maladie du Québec, où là il pourra y avoir une enquête. Et je pense que c'est la bonne façon de faire. Plutôt que de surréglementer, on a une façon de fonctionner actuellement qui peut être acceptable. Et, je tiens à le rappeler, le modèle de la coopérative a été décrié par plusieurs comme étant un modèle qui aide les communautés à recevoir des meilleurs soins.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Donc, à la réponse simple, qui avez-vous... à la question claire: Qui avez-vous consulté? La réponse a été: Personne officiellement... J'ai rencontré les coopératives, qui m'ont dit: On ne légifère pas sur nous. Doit-on en être étonnés? Donc, il n'y a pas eu de consultations. Est-ce que le projet de loi a fait l'objet d'un mémoire et s'est rendu au Conseil des ministres?

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

M. Bolduc: À ma connaissance, il y a eu des discussions, mais on n'a pas déposé de documents particuliers, mais je vais vérifier parce que ça remonte déjà à un an, un an et demi, ce dossier-là.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Est-ce qu'il y a une partie publique? Est-ce qu'on peut la déposer? Parce que je me doute que le ministre sait s'il a préparé un mémoire, là, ça serait assez étonnant qu'il ne le sache pas. Est-ce qu'il peut déposer la partie publique de... s'il y a eu mémoire?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de...

Mme Maltais: Ça a l'air très compliqué.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: Excusez, M. le ministre, c'est parce que j'étais en consultation sur la question précédente, là. Il y a eu un document de produit, puis on va vérifier, voir s'il y a une partie publique qui pourrait vous être produite, parce qu'il y a quand même des documents qui sont confidentiels, seulement des documents de discussion, puis, s'il y a un document qui a une partie publique, on va vous le rendre disponible.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, si je comprends bien, M. le ministre, vous vous engagez, s'il y a un document qui peut être rendu public, vous vous engagez à transmettre ça au secrétariat de la commission? C'est exact?

M. Bolduc: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

● (10 h 40) ●

Mme Maltais: Donc, ça s'est rendu au Conseil des ministres et c'est là que la discussion a fait que ça n'a pas débouché sur un projet de loi?

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

M. Bolduc: On va vérifier qu'est-ce qu'il est possible de rendre public puis on va le rendre public, à ce moment-là.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: D'accord. Ça a donc été bloqué au Conseil des ministres, c'est ce que je comprends, et la consultation n'a été que la consultation des coops et du gouvernement.

Une petite question, comme ça: Est-ce que... Il y a eu un reportage de *Rue Frontenac*, Gabrielle Duchaine, sur les groupes provie qui, sous couvert d'aider les jeunes femmes qui étaient... qui tombaient enceintes et qui pouvaient peut-être choisir... qui étaient face au choix de garder leur enfant ou non, groupes provie qui étaient... s'infiltraient dans le réseau et pouvaient même être référés par le réseau. J'ai moi-même, dans ma circonscription, découvert et avisé le CSSS que, sans le savoir, ils faisaient des références à un groupe provie, alors ils ont arrêté de faire ces références, parce qu'ici, au Québec, on a une vision qui est celle d'être prochoix.

Qu'est-ce que le ministre pense de l'idée de faire une certification? Est-ce qu'il considère qu'il est important de clarifier ce point?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: Écoutez, moi, je suis d'accord avec vous que, dans la société québécoise, on a longtemps fait la discussion là-dessus, on est une société prochoix. Tous les services sont organisés pour laisser à la femme le choix, avec un consentement éclairé de sa décision, de garder ou pas le fœtus. Et, moi, je n'ai pas entendu parler de ce que vous venez de me dire là, mais on va vérifier au niveau de nos équipes, là, s'il y a eu des choses particulières. Mais je n'en avais pas entendu parler.

Mme Maltais: O.K.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Est-ce que... Bien, écoutez, c'est facile, c'est *Rue Frontenac*, en date du 28 octobre, et il y a eu vraiment des reportages qui ont suivi là-dessus. Moi, j'ai demandé une certification, et je vois qu'il n'y a pas eu de réflexion faite au ministère. Est-ce que le ministre pense qu'il est facile de démêler qui est un groupe prochoix ou un groupe provie? Est-ce qu'il n'y a pas... ça ne l'intéresse pas de savoir s'il n'y a pas nécessité de clarifier la chose?

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

M. Bolduc: Écoutez, M. le Président, pour moi, c'est clair, au Québec, c'est que c'est la femme qui décide, et puis on a un service... des services organisés, entre autres, au niveau du CLSC. Savoir la question des références, comme vous... à un moment donné, on avait tendance à référer à un groupe provie pour que la femme n'ait pas, là, un consentement éclairé; je pense qu'il faut intervenir à ce niveau-là, puis il faut d'abord le dénoncer puis qu'on le sache. Mais, à ma connaissance, lorsque les gens consultent les différentes instances, les gens sont orientés vers le bon service, et on s'organise pour donner le service le plus rapidement possible. Et, je tiens à le dire, la position ici, au Québec, je pense que c'est un débat qui a déjà été engagé, un débat, d'après moi, qui est terminé. On est une société où on offre le choix, et tous les services sont gratuits, d'ailleurs, par rapport aux arrêts de grossesse.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Est-ce que le ministre connaît les centres provie à Québec, dans son comté ou dans sa région?

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

M. Bolduc: Je n'en connais pas un seul au Québec. Pas juste à Québec, au Québec.

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

Mme Maltais: Pour les retrouver, on passe par le site Campagne-Québec-Vie, puis ensuite de ça on va dans le site l'Alliance, et il est bien clair, à voir les documents, que les groupes qui sont référés par l'Alliance sont les groupes provie. On y trouve un groupe, le Centre Naître ou ne pas naître, qui a eu la chance d'avoir un discrétionnaire du ministre de la Santé, autant du ministre de la Santé que la Fondation québécoise de l'autisme ou la Table de concertation sur la violence conjugale à Laval. Ce n'est pas un gros montant, c'est 1 000 \$.

Mais qu'est-ce que le ministre pense maintenant, étant donné que lui-même s'est fourvoyé, qu'est-ce qu'il pense maintenant d'établir une certification, puisque même le ministre de la Santé ne sait pas quel groupe est prochoix ou provie?

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

M. Bolduc: Écoutez, M. le Président, lorsqu'on arrive au niveau du discrétionnaire, on ne porte pas nécessairement de jugement de valeur. Et il y a des gens qui ont besoin de certains services. Puis, là-dessus, je dois vous avouer, je ne sais pas dans quelle perspective c'est évalué, parce que des fois on donne des discrétionnaires pour d'autres causes: exemple, des gens qui vont organiser des colloques, puis on ne va pas nécessairement chercher les valeurs des gens et pour savoir c'est quoi qu'ils vont défendre, un peu comme...

Puis je vais vous donner un exemple: si vous avez un groupe prochoix qui a besoin d'organiser un colloque, c'est possible qu'on puisse se servir du discrétionnaire pour les aider, au même titre que la députée de Taschereau va nous demander des fois d'utiliser le

discrétionnaire pour des activités, et on essaie de ne pas porter de jugement de valeur. Et puis, dans ce cas-là, je serais quand même prudent.

Comme moi, personnellement, je vais donner ma position, je suis prochoix, mais je n'ai pas l'intention d'imposer mes valeurs à d'autres personnes. Sauf que la femme qui est enceinte, elle a le droit d'avoir un consentement éclairé et elle a le libre choix de décider ou pas de garder son enfant. Et, comme société, on lui offre des services gratuitement, le plus facilement possible, pour respecter son choix. Je pense que c'est là l'important au niveau éthique, la démarcation. Mais je ne pense pas que je vais convaincre quelqu'un: est-ce qu'il doit aller à l'église ou pas, est-ce que... Pas à ce niveau-là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Question et réponse en une minute, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Je trouve assez ironique d'entendre un ministre qui est membre d'un gouvernement qui a chicané parce que j'ai donné de l'argent personnel, 100 \$, à Vigile.net, mais qui, lui, a pris de l'argent public pour appuyer un groupe provie, et c'est le ministre de la Santé, en plus. Alors, c'est le Centre Naître ou ne pas naître, 1 000 \$. Alors, je trouve quand même ironique qu'un ministre de la... je trouve ça même un peu... un peu dur d'entendre le ministre de la Santé dire qu'il faut respecter les valeurs et qui se sent très à l'aise d'avoir donné 1 000 \$ à un groupe provie, à moins qu'on me dise qu'il ne sait pas à qui il donne du discrétionnaire.

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

M. Bolduc: M. le Président, on ne donne pas de discrétionnaire à un groupe provie. Ce que j'ai dit, c'est qu'on n'était pas informés, il y a peut-être d'autres raisons pour lesquelles ils ont reçu le montant, mais je peux vous assurer, ce n'est certainement pas parce qu'ils sont provie.

Mme Maltais: Bien, à ce moment-là...

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau, 15 secondes.

Mme Maltais: ...ceci ne plaide-t-il pas, M. le ministre, pour une certification?

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

M. Bolduc: M. le Président, je pense qu'on est une société qui est largement réglementée. Les gens peuvent avoir l'information, comme vous dites, au niveau des sites Web. Il faut respecter les valeurs des gens, mais je ne pense pas qu'il faut commencer à recertifier toutes sortes d'organisations dans ce sens-là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, il ne reste plus de temps dans le bloc de l'opposition officielle. Nous allons tout de suite passer de l'autre côté, du côté ministériel, et je vais céder la parole à Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, bon matin à tous qui avez la patience de nous

entendre discuter des engagements du ministère pour l'année dernière. Moi, je vais vous changer un peu les idées ce matin. Je vais vous parler d'une commission spéciale qui a fait couler beaucoup d'encre, de façon positive, cette Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, qui a été lancée en décembre 2009, qui a parcouru le Québec, dans huit villes, qui a siégé avec des auditions publiques pendant 29 jours. On a entendu le témoignage d'organismes et de Québécois, Québécoises, plus de 400 présentations.

Alors, la fin de la vie a été au coeur de nos échanges depuis plus d'un an, et puis je sais qu'il y a des membres ici de la commission qui ont eu le privilège, tout comme moi, d'y siéger. Puis on a entendu parler de beaucoup, beaucoup de sujets qui touchent la fin de la vie: les mandats d'incapacité, les testaments en fin de vie, les directives anticipées en fin de vie ont été discutés avec l'ensemble des Québécois qui ont bien voulu venir partager leurs opinions avec nous.

La Chambre des notaires est aussi venue présenter sa position par rapport au sujet que nous discutons, et ils ont fait beaucoup aussi référence à leur registre des dons d'organes et de tissus, parce que ça fonctionne très, très, très bien. Alors, c'est ce qui m'amène à vous parler aujourd'hui du projet de loi n° 125 qui a été déposé par un de nos anciens collègues, Bill Cusano, député de Viau. Ce projet de loi s'intitule Loi facilitant les dons d'organes et de tissus. Nous connaissons tous l'importance que le don d'organes et de tissus représente pour les patients en attente d'une greffe. D'ailleurs, il y a une jeune femme qui avait reçu une greffe de deux poumons qui est venue nous rencontrer à la commission. À mon avis, c'est une miraculée. On n'a pas souvent l'occasion de rencontrer des gens qui ont pu bénéficier de tout le système de transplantation des dons d'organes, et ça revêt un caractère unique de rencontrer quelqu'un. C'est un procédé qui est source de vie, qui donne une qualité de vie à tous les receveurs, puis on n'en parle pas assez, de l'ensemble des artisans dans notre réseau de la santé qui contribuent à mener à bien toutes ces greffes qui sont pratiquées dans notre réseau à toutes les semaines, j'imagine.

● (10 h 50) ●

Alors, on a une excellente... Le Québec, je pense, fait figure de proue dans ce domaine-là, parce que depuis plusieurs années les gens peuvent signer leur carte d'assurance maladie ou s'enregistrer au registre de la Chambre des notaires pour pouvoir donner leurs intentions par rapport à des possibles dons d'organes en fin de vie. Parce que c'est... on parle toujours des... on est une des meilleures provinces au Canada pour les dons d'organes, qu'on appelle, cadavériques. Mais le nouveau projet de loi, lui, nous parle de dons de vivant à vivant, puis ça, c'est très particulier, parce qu'il est pas mal plus difficile pour une personne vivante de faire un don du foie ou une partie de son foie ou d'un rein à un proche ou même à une personne qui est dans la banque des receveurs, parce qu'il y a toutes sortes de frais qui sont liés à une intervention de cette envergure-là. C'est long. Il y a tous les frais afférents. On doit prendre congé de son emploi, puis tout ça, puis je pense que... Moi, j'ai eu le privilège d'être là lors des auditions publiques de ça... qui touchaient ce projet de loi, j'ai appris beaucoup, beaucoup de choses concernant les dons d'organes et de tissus.

Puis j'aimerais, M. le Président, entendre le ministre par rapport aux particularités de ce projet de loi

et qu'est-ce qui a été amené par l'entremise de ce projet de loi au bénéfice des receveurs de dons d'organes ou de tissus au Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée Hull. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, ce que ça va permettre, c'est surtout... c'est d'avoir une meilleure information, pour les gens qui font de la transplantation au niveau des organes, pour savoir si quelqu'un veut être un donneur ou pas. On a refait le système, je vous dirais, de façon complète, on s'est entendus avec la Régie de l'assurance maladie du Québec qu'il y aurait un registre qui serait géré par eux de façon à savoir qui veut être donneur puis faciliter.

Si vous comparez avec le registre des notaires, il faut aller chez le notaire s'inscrire. Ils avaient un registre qui était très fiable, sauf que ce n'est pas tous les gens qui vont chez le notaire pour justement se déclarer ou encore aller faire un testament. Tandis que, là, ça va être accessible à tous les Québécois. Au niveau de la Régie de l'assurance maladie, ils vont avoir l'autorisation du patient. Donc, ça va permettre aux professionnels de vérifier extrêmement rapidement si la personne avait accepté ou pas d'être un donneur.

Deuxièmement, on a mis en place une nouvelle façon de procéder pour les donneurs vivants où il y a une compensation pour la personne qui donne, compensation qui n'est pas un salaire, mais compensation pour les frais qui sont encourus, le fait d'être... de devenir un donneur. Et, là-dessus, le Québec avait une... était moins performant que les autres provinces parce qu'on n'avait pas de programme. Avec ce nouveau programme, ça va nous permettre justement d'aller chercher plus de donneurs vivants et ça va nous permettre d'augmenter le nombre de dons, dont entre autres au niveau du rein, qui est une chirurgie qui arrive fréquemment, c'est-à-dire que les gens vont donner un rein soit à leur frère ou d'un autre donneur qui est compatible, et ça, ça permet à ces gens-là d'éviter d'être sur l'hémodialyse.

Donc, c'est le sens du programme que nous avons mis en place, mais surtout ça permet aux gens d'offrir leur consentement beaucoup plus facilement, d'avoir la bonne information, et, lorsque les professionnels ont besoin de cette information, ça évite des longues discussions avec la famille. À partir du moment où vous avez donné votre consentement, ça veut dire qu'on peut procéder. Donc, là-dessus, le Québec va être gagnant. Et, en même temps, on regarde pour l'organisation au niveau... Parce qu'on a quand même une bonne organisation en termes d'aller chercher les donneurs, surtout les donneurs cadavériques, là. On a quand même une bonne organisation pour aller les chercher, parce qu'on peut appeler à un numéro, ils vont nous dire quoi faire. Et chaque établissement de santé du Québec a un responsable au niveau du don d'organes.

Ce qui est important lorsqu'une personne est une mort cérébrale, et c'est important de faire la discussion, et lorsqu'on sait qu'ils veulent devenir... qu'ils voulaient devenir un donneur, de pouvoir se permettre de récupérer le plus d'organes possible, sur le principe que le plus grand don que vous pouvez faire à quelqu'un, c'est le don d'un organe qui va lui permettre de faire une vie normale ou presque normale.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Question complémentaire, Mme la députée de Hull?

Mme Gaudreault: Oui. Je dois vous dire, M. le ministre, M. le Président, que c'était très touchant de pouvoir prendre le pouls de ce qui se passe dans un établissement de santé lorsque justement il y a une personne qui a une mort cérébrale. Maintenant, on met tout en oeuvre pour pouvoir récupérer le plus d'organes que possible. C'est vraiment impressionnant de voir la quantité de personnes qui est mise à contribution pour mener ces dons-là à bien.

Et, je ne l'ai pas mentionné tout à l'heure, M. Cusano avait ce projet-là à coeur, c'est le cas de le dire parce que, lui, il avait reçu un nouveau coeur. Lui, il connaît la valeur d'un tel système dans notre réseau. On n'en parle pas assez. On prend ça pour acquis. On parlait de provie tout à l'heure, là, ça, ça en est un beau, projet provie, ça donne vraiment la qualité de vie à un plus grand nombre, souvent des personnes très jeunes.

Alors, de toute façon, moi, je vous félicite, M. le ministre, d'avoir vraiment fait en sorte que cette loi-là a été menée à bon port, et on pourra en parler l'année prochaine, voir les beaux résultats qui auront découlé de ce projet de loi là.

Je vous amène... Je vous parlais tout à l'heure de la question... la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. On y parlait de plusieurs volets de la fin de la vie, on parlait des soins palliatifs. On a beaucoup parlé de ça avec les Québécois. On a parlé du suicide assisté, on a parlé de l'euthanasie. Mais, le suicide assisté, le suicide, c'est un mot qui fait peur. Au Québec, il y a beaucoup de gens qui sont venus nous parler que, malheureusement, c'est encore un problème de santé publique au Québec. On dénombrait, en 2003, 1 259 suicides, surtout chez nos jeunes hommes âgés de 20 ans... entre 20 et 49 ans. Ça continue, malheureusement, à être une cause importante de mortalité chez les jeunes... chez nos jeunes.

Puis on a observé au cours de la dernière année, M. le Président, une légère baisse du taux de suicide au Québec, mais on demeure encore un endroit... le Québec demeure malheureusement encore un endroit où on se suicide le plus. Il y a des données, aussi, épidémiologiques qui concernent le suicide qui indiquent que c'est aussi ici qu'on a le taux de mortalité le plus élevé par suicide des pays industrialisés au monde. Mais nous mettons des actions en place. Parce que, l'année dernière, on avait parlé de ce fameux réseau de sentinelles, qui est en voie d'implantation dans les écoles, les collèges, les milieux de travail, parce qu'il faut détecter, il faut faire de la prévention, il faut travailler en amont pour permettre d'identifier les personnes qui sont à risque de suicide.

On parle aussi beaucoup, beaucoup du suicide chez nos aînés, de l'isolement chez nos aînés. Il y a aussi, je crois, dans les projets à venir, des réseaux de sentinelles qui vont être implantés tout près des aînés, des résidences et partout dans la province. Alors, je sais qu'on fait beaucoup, beaucoup de choses au Québec pour enrayer, éradiquer le suicide, puis je voudrais savoir, M. le Président, si le ministre peut nous parler d'autres mesures, là, qui sont mises de l'avant pour vraiment contrer ce fléau.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. C'est certain, tout ce qui est question de suicide, hein, c'est un sujet extrêmement important au Québec, entre autres deux grandes catégories: les jeunes hommes sont plus portés à réussir leur geste, puis également les personnes âgées, où c'est sous-déclaré. Et là-dessus j'aimerais peut-être demander au Dr André Delorme, qui est responsable de la santé mentale au ministère, de nous en parler un peu, parce que, pour le Québec, c'est un dossier extrêmement important. Je pense qu'on fait des belles choses, avec les stratégies qui se mettent en place pour diminuer ce fléau qui est le suicide chez nos gens. Dr Delorme.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre, vous savez... vous connaissez la règle, ça prend le consentement des parlementaires pour que M. Delorme prenne la parole. Du côté ministériel, ça va. Opposition officielle, ça va pour que M. Delorme prenne la parole? M. le député de Shefford, ça va? Oui. Alors, M. Delorme, je vais vous demander d'abord de vous présenter, et par la suite vous aurez la parole pour répondre à la question. Allez-y.

M. Delorme (André): Bonjour, M. le Président. André Delorme, directeur de la santé mentale au ministère.

Alors, M. le Président, comme on vient de le noter, le suicide est un problème sérieux au Québec, mais, comme on l'a également noté, il y a eu une réduction importante au cours des dernières années. En fait, l'année passée, on a eu le plus faible taux de suicide des 25 dernières années; alors, ça, c'est un grand succès, je pense, pour notre société.

Alors, on a déjà fait état brièvement de certaines des mesures qu'on a mises en place. Il y a des réseaux de sentinelles qui se sont mis en place à travers le Québec et qui continuent à se mettre en place, y compris dans les écoles, donc, pour aller cibler les jeunes. C'est toujours dramatique qu'un jeune homme de 15 ans s'enlève la vie, alors il y a des réseaux de sentinelles qui se mettent en place dans ces milieux-là, dans les milieux plus d'affaires ou industriels, en particulier, encore une fois, dans les industries où il y a des hommes qui, quand il y a des coupures, sont à risque de poser un geste suicidaire, et également des projets qui visent les personnes âgées. Donc, on vise tout le spectre de la population pour s'assurer de pouvoir aller identifier des personnes, là, qui pourraient poser un geste suicidaire.

Dans les centres jeunesse, par ailleurs, et dans les faits, c'est toujours dramatique, on entend parfois, dans les écoles, parler d'un suicide, mais l'endroit le plus fréquent où un adolescent se suicide, c'est au sein des centres jeunesse. Et ce n'est pas surprenant, parce qu'il y a un biais de sélection, là. Ce sont des gens, de jeunes hommes, de jeunes filles qui sont extrêmement souffrants, perturbés et se retrouvent dans un milieu protégé, mais, malgré toute la protection, parfois on pose un geste suicidaire.

Alors, il y a déjà plusieurs années, on a mis en place ce qu'on appelle une équipe, en jargon, de centres jeunesse, là, des équipes de deuxième niveau. C'est une équipe d'experts qui possèdent une expertise à la fois en santé mentale et en prévention du suicide et qui sont en soutien pour les équipes qui sont sur le plancher, là, les psychoéducateurs qui à tous les jours s'occupent de nos jeunes au sein des centres jeunesse. Alors, ces équipes-là sont sur appel, disponibles pour venir épauler, évaluer un jeune pour lequel le psychoéducateur du plancher, par

exemple, a des inquiétudes, évaluer... mettre en place une stratégie pour pouvoir réduire le risque et calmer le jeune. Alors, ça, c'est maintenant en place dans tous les centres jeunesse de la province. Alors, ça, je pense que c'est une belle étape de passée.

● (11 heures) ●

On a également mis en place du suivi étroit. Un suivi étroit, c'est une équipe ou des intervenants dans les CSSS qui, lorsque quelqu'un pose un geste suicidaire, par exemple, à l'urgence, est référé à l'équipe de première ligne dans le CSSS, et eux font une intervention très, très rapidement, là, souvent viennent chercher la personne directement à l'urgence et mettent en place, là, toute une structure pour accompagner la personne le temps de calmer la crise.

La Direction de la santé publique a par ailleurs, au cours des derniers mois, sorti deux documents qui sont des balises pour encadrer la pratique de suivi étroit. Alors, c'est bien d'avoir du suivi étroit, mais la littérature nous démontre bien comment on doit épauler ces personnes-là. Alors, la Santé publique a donc sorti ces deux guides: un qui vise les administrateurs, les coordonnateurs d'équipe, pour leur dire un petit peu comment coordonner cette équipe-là, et un qui vise plus spécifiquement l'intervention du professionnel sur le terrain, donc qui vise l'intervention clinique bien définie. Alors, ça, ça vient bien baliser tout ce champ d'intervention là, et ces équipes-là sont en train de se mettre en place à travers toute la province dans nos CSSS.

Et finalement, dans le cadre du plan d'action, on a mis en place... le plan d'action demandait qu'on en fasse six, mais on a eu le privilège de pouvoir en développer 12, projets, qui sont... qui ont été financés à travers toute la province, des projets d'intervention auprès des hommes de 25 à 45 ans, là, donc le groupe le plus à risque de poser un geste suicidaire. Et donc ce sont des projets qui nous ont permis de mettre en place des mesures innovatrices qui sont présentement en évaluation pour voir qu'est-ce qu'on peut en retirer comme information et s'il y a là des modèles qu'on peut généraliser ou en faire la promotion à travers la province.

Alors, je pense, M. le Président, que ça, ce sont essentiellement les mesures qui touchent au suicide, mais je pense que ça vaut la peine peut-être de prendre un point de vue un peu plus large sur la question. En fait, le suicide, il y a des experts dans cette salle, là, qui pourraient en faire un débat longuement, sur quelles en sont les causes, mais je pense qu'on s'entend pour dire que souvent la maladie mentale est une des causes les plus importantes qui poussent quelqu'un à se suicider. La souffrance, la fermeture des horizons, l'impression... l'impuissance, l'impression qu'il n'y a aucun horizon devant soi va souvent mener les gens vers un suicide. Et donc plus largement, au-delà des mesures qu'on a mises en place, il y a tout le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 qui a abordé de nombreuses autres mesures, là, que je pourrais vous présenter si...

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Delorme. Oui, il reste encore un petit peu moins de quatre minutes, Mme la députée de Hull. Alors, allez-y pour une question complémentaire.

Mme Gaudreault: Merci, M. le Président. La question du suicide chez les aînés, je pense qu'on en parle trop abondamment, parce que Mme Blais, la ministre responsable des Aînés, malheureusement, est souvent

interpellée à ce sujet-là. On a justement mis certains programmes pour briser l'isolement chez les aînés. Vous nous avez parlé des causes du suicide chez les jeunes hommes, souvent, qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, mais quelles sont vos... pourquoi croyez-vous que le nombre de suicides chez les aînés augmente au Québec? Est-ce que vous avez déjà des orientations, des opinions, des résultats d'analyse qui pourraient mener vraiment à diminuer le nombre de suicides chez nos aînés?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. Dr Delorme.

M. Delorme (André): C'est une question qui n'est pas banale, là, qui est assez complexe et en fait, là, qui soulève de nombreux enjeux. Il y a des enjeux médicaux. Moi, je suis psychiatre, alors j'ai une expertise plus à ce niveau-là. Et, bien entendu, vous savez, la santé mentale, ça touche une personne sur cinq. C'est énorme. Et donc ça touche également nos aînés, qui peuvent avoir la même probabilité d'avoir une maladie mentale, mais en plus, quand on vieillit, il y a de nombreuses questions sociale qui viennent jouer également. Je pense qu'il y a de l'isolement, il y a la perte de contact social parce qu'on est isolé socialement mais également familialement. Les enfants, souvent, ne sont pas dans la même région, ils travaillent à l'extérieur. Alors, ajoutez à quelqu'un qui a une souffrance innée, là, à cause de sa maladie, tout ce déracinement, cet isolement progressif, la perte d'autonomie — on perd sa maison, on perd son appartement, on se retrouve parfois dans un milieu protégé pour compenser la perte d'autonomie — et vous avez là évidemment, là, une situation qui peut mener certaines personnes à penser au suicide, et je pense que c'est là l'importance justement d'avoir des programmes de sentinelles qui permettent d'identifier.

Je veux dire, c'est relativement observable de voir quelqu'un qui s'isole de plus en plus, qui perd son énergie, qui n'est plus en interaction avec les gens dans la résidence ou dans son environnement, avec ses voisins, et ainsi de suite. Et je pense que c'est une responsabilité qu'on met beaucoup sur le réseau de la santé, mais je pense qu'en particulier l'Association québécoise de prévention du suicide essaie de nous amener, comme citoyens, à être de plus en plus préoccupés de notre entourage. Et d'un peu, je dirais, là, compenser cet isolement qui vient avec le vieillissement, bien il y a aussi une responsabilité citoyenne d'être à l'affût des gens autour de soi et d'être capable de tirer la sonnette d'alarme, là, lorsque cet isolement-là devient trop souffrant.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Delorme. Alors, sur ce, c'est le tour de passer au deuxième groupe d'opposition, et je cède sans plus tarder la parole à M. le député de Shefford. Vous avez la parole, M. le député.

M. Bonnardel: Merci, M. le Président. Donc, salutations aux collègues, M. le ministre, à tous ceux qui vous accompagnent ce matin.

Je pense qu'il est indéniable, quand on parle de santé, d'un ministre qui gère la moitié d'un budget de dépenses du Québec, qui est de près de 76 milliards au total, un budget de la santé qui a coûté 29 666 000 000 \$ l'an dernier, le chiffre officiel des comptes publics, de revenir

sur ce qui a été le plus facile à faire pour le gouvernement du Québec lors du dépôt du budget 2010-2011.

Parce qu'on avait 12 milliards de revenus à aller chercher dans les poches des contribuables. C'était la chose la plus facile pour le gouvernement, comparativement au courage d'entreprendre un grand défi de révision générale des politiques publiques, d'une réingénierie de l'État que le gouvernement se devait d'entreprendre en 2003. Et qu'est-ce qu'on a décidé de faire? Bien, c'est de créer une contribution santé, contribution santé de 25 \$, contribution santé, cette année, de 100 \$. Soit dit en passant, à peu près tout le monde qui ont fait leurs impôts vont en payer une cette année, chaque adulte, et 200 \$ l'an prochain, pour chaque adulte. Tout ça, c'est 2,6 milliards de revenus additionnels qu'on va aller chercher dans les poches des contribuables, qui, soit dit en passant, paient déjà presque la moitié de leurs impôts. Sur chaque paie, le jeudi, que vous envoyez à Québec, bien, sur 100 \$, il y en a 45 \$ qui s'en vont directement au système de santé. En plus de l'assurance médicaments, qu'on paie une fois par année, bien là, la seule solution qu'on a trouvée, c'est une contribution santé pour être capable de contrer les dépenses qui ne cessent d'augmenter dans le réseau de la santé depuis des dizaines et des dizaines d'années. Et la seule chose qu'on dit aux contribuables québécois: Bien, ne vous inquiétez pas, on réinjecte 1,5 milliard, on réinjecte 1 milliard cette année, un autre 2.

Et la situation reste la même, parce que la plupart des gens qui vont payer 25 \$ cette année se disent: Qu'est-ce que j'ai en retour? J'ai-tu un médecin de famille qui vient cogner à ma porte? Parce que je n'en ai pas. Parce qu'il y a 30 % de la population du Québec qui n'ont pas de médecin de famille. Est-ce que les temps d'attente dans les hôpitaux du Québec ont baissé? Non. On attend encore huit, 10, 12, 14, 15 heures. Dans une société qui est supposée être moderne comme la nôtre, où on est ce qu'il y a de mieux à offrir dans le monde ou presque, je m'excuse, c'est inacceptable aujourd'hui que le ministre de la Santé ait accepté que cette contribution soit si facile à aller chercher dans les poches des gens et qu'on n'ait pas entrepris le défi, le défi du courage politique de revoir les organigrammes de la Santé, que ce soit le ministère, que ce soient les 16 agences, les 95 CSSS, l'organigramme monstrueux, que j'ai montré maintes et maintes fois dans la dernière année, de revoir nos façons de faire pour les services de première ligne. Pourquoi aujourd'hui il y a encore trois familles sur 10 qui n'ont pas de médecin de famille?

Et ma première question va être assez simple: Le gouvernement du Québec est allé chercher 12 milliards de dollars dans les poches des gens l'an dernier. Il reste encore, dans le budget de cette année, 1 025 000 000 \$ à aller chercher pour retrouver l'équilibre budgétaire en 2013-2014, dont 500 millions juste en santé, 50 millions l'an prochain, pour 2012-2013, et 500 millions en 2013-2014. Qu'est-ce que le ministre de la Santé va faire pour aller chercher 500 millions?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, le député de Shefford, je ne suis pas sûr que c'est la bonne personne pour discuter santé. Il n'a pas parlé une fois des patients. Tout ce qu'il a parlé, c'est des chiffres, des chiffres, des chiffres. Et je l'inviterais peut-être à aller voir le système de santé,

comment ça fonctionne. Il balance des chiffres comme si c'était de la viande qu'on traitait, comme si on était des bouchers, mais on traite des humains.

Puis d'ailleurs il parle des agences puis il parle de l'organigramme de la Santé. La députée de Taschereau était avec moi en commission parlementaire, où est-ce qu'on a écouté plus de 20 groupes qui sont venus nous dire comment est-ce qu'on... comment on devrait réorganiser la gouvernance; l'ADQ n'a jamais été présent autour de la table. Comment ils peuvent dire aujourd'hui, M. le Président, comment il peut dire aujourd'hui — c'est choquant — comment il peut dire aujourd'hui de revoir, alors qu'on a écouté plein de groupes sur la gouvernance, ils n'ont pas posé une question? Où il était, le député de Shefford, pendant que, nous autres, on travaillait puis on écoutait la gouvernance? Puis pourquoi est-ce qu'il donne autant de chiffres puis qu'il ne traite pas des patients?

● (11 h 10) ●

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Juste un instant, s'il vous plaît. Est-ce que vous êtes... Si c'est une question de règlement, faites-la, M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: ...je veux juste qu'il réponde à ma question, c'est tout. J'ai seulement 20 minutes, je ne veux pas qu'il commence à me dire si je n'ai pas de sens de justice sociale dans le cerveau, là.

Le Président (M. Sklavounos): J'ai entendu votre question de règlement. M. le ministre... et, sur la question, je n'ai malheureusement pas le pouvoir d'évaluer la qualité de la réponse. M. le ministre, vous avez la parole.

M. Bolduc: Bien, je pense qu'il a commencé par parler du réseau de la santé, l'état du réseau de la santé. Je vais commencer par répondre à ce commentaire, hein?

Le Québec est un des endroits où est-ce qu'on a un des meilleurs systèmes de santé au monde, et on doit être fiers de ça. L'espérance de vie du Canada est une des meilleures au monde, et le Québec est une des meilleures provinces en termes d'espérance de vie, de mortalité infantile et d'espérance de vie en bonne santé. Ça, ce sont des services directs aux patients.

En termes de coûts, le Québec est la province qui coûte le moins cher de tout le Canada, et c'est une différence de 400 \$ avec la Colombie-Britannique. On est un des systèmes qui contrôlent le mieux leurs coûts. Dans toute société développée qui offre un système universel de qualité à leur population, le coût de la santé joue toujours entre 40 % et 50 %. À 45 %, c'est un niveau normal de dépenses.

Et, quand le député de Shefford dit qu'on a un organigramme compliqué, est-ce qu'il sait qu'on a 300 000 personnes qui sont traitées dans le... qui travaillent dans le réseau de la santé, qu'on fait 39 millions de consultations par année, 3,4 millions de consultations dans les urgences? Seulement que dans les urgences, c'est 10 000 personnes par jour qui consultent. 300 000 personnes, les organigrammes de toute organisation privée qui a 300 000 personnes: un organigramme complexe. Surtout que, le député de Shefford, pour chaque case, il y a pratiquement une personne. Il n'y a seulement que 800 personnes dans tout le ministère de la Santé pour gérer les 30 milliards de dollars de dépenses annuelles, les 300 000 personnes du réseau de la santé.

Ça fait que, quand le député de Shefford, il dit qu'on va faire le ménage, là, on l'a pas mal fait, le ménage. Peut-être qu'il devrait aller visiter aux États-Unis comment ça fonctionne, et il devrait peut-être aller voir dans d'autres pays comment ça fonctionne.

Et la réponse est simple, M. le Président: On a un des réseaux les plus performants au monde, qu'il reste encore de l'amélioration à aller chercher. On s'est engagés à faire une coupure de 760 millions de dollars au niveau des coûts administratifs, parce que je pense que c'est quelque chose de raisonnable. On va faire de la réorganisation des services.

Mais le député de Shefford, une journée, nous dit qu'on en a trop, mais, le lendemain, par contre, il est prêt à défendre son établissement, puis ce que je trouve tout à fait légitime, parce qu'il veut plus de services. Pourquoi? Parce que la santé, c'est une valeur, c'est une valeur fondamentale pour le Québec. Et, si on a des excellents services au Québec, il reste encore de l'amélioration à aller chercher. Il y a des délais à améliorer, mais, au Québec, nos délais de... les délais pour se faire opérer en chirurgie, c'est plus de 93 % qui sont à l'intérieur du délai requis de six mois. Et tout le monde reconnaît qu'au Québec, s'il y a quelqu'un à une urgence, il est très bien soigné.

Pour sa réponse du 500 millions, qui est la deuxième partie de sa question, c'est quelque chose qu'on va regarder. On a encore deux ans pour le voir venir. Mais c'est certain que, si on a une meilleure croissance économique... on va travailler également pour voir si le fédéral ne pourrait pas contribuer plus au niveau de la... D'ailleurs, ils ont annoncé la semaine dernière, les trois partis principaux se sont engagés... On ne parlera pas du Parti québécois, parce qu'ils ne peuvent pas... le Bloc québécois, parce qu'ils ne peuvent pas prendre le pouvoir...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le ministre.

M. Bolduc: ...mais les trois partis qui auraient possibilité de prendre le pouvoir se sont engagés à augmenter les dépenses en santé, le transfert fédéral, de 6 %, comme on le fait actuellement. Donc, d'ici deux ans, on devra trouver une solution par rapport à la contribution de 500 millions, sur un budget qui va être de plus de 30 milliards à ce moment-là.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre. J'invite tous les parlementaires à garder les questions brèves, les réponses brèves. Ça va nous permettre de couvrir beaucoup plus de terrain. Allez-y, M. le député de Shefford, vous avez la parole.

M. Bonnardel: M. le Président, la saine gestion d'une nation passe par ses finances publiques. Puis loin de moi, M. le ministre des Finances, à traiter des patients comme vous l'avez dit tantôt.

Et je vais répéter ce que je dis depuis deux ans. Il y a 15... il y a 20 % plus de cadres dans le système de santé depuis 2003. Il y a 1 500 infirmières cliniciennes de moins. Ça coûte près de 30 milliards cette année, ça va sûrement coûter 32,5 milliards l'an prochain. Vous avez dit: On va peut-être aller chercher de l'argent avec les transferts fédéraux pour combler le 500 millions.

Est-ce que le ministre de la Santé peut confirmer aujourd'hui que le 200 \$ de contribution, qui va arriver à

échéance, qui va amener 945 millions de plus dans les poches du gouvernement dans deux ans, ne sera pas augmenté?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, c'est intéressant, puis le député de Shefford le reconnaît: il y a plus de gens qui travaillent dans le réseau de la santé parce qu'on a investi plus de 10 milliards de dollars depuis 2003. Ça, ça veut dire des emplois. Ça veut dire également récupérer, par rapport à avant 2003, toutes les coupures qui avaient été faites par le Parti québécois à l'époque.

Donc, il y a eu une augmentation rapide au niveau des dépenses tout simplement parce que le réseau de la santé, comme c'était reconnu à l'époque, mais ça n'avait pas été corrigé, était sous-financé. Et c'est notre gouvernement — et on est fiers de ça — qu'on donne plus de services au Québec aujourd'hui qu'avant 2003. L'injection de plus de 10 milliards de dollars, c'est plus de traitements au niveau de la chirurgie, c'est plus de personnes également qui s'occupent des patients et c'est également beaucoup plus de gens qui travaillent dans le réseau de la santé.

Et le ratio de cadres par rapport au personnel est de 17,4 et il est constant, parce que, quand on engage des gens pour être sur le terrain, ça leur prend également des gens pour travailler avec eux autres au niveau de la gestion, et c'est une constance. Et trouvez-moi des organisations privées, même dans le privé, là, performant, qui ont un cadre pour 17,4 employés, puis je ne pense pas que vous allez en trouver beaucoup, hein? On est un réseau qui est très décentralisé, les professionnels sont responsables, mais il y a un minimum de gestion qu'on doit apporter au réseau.

Et le député de Shefford, il nous parle souvent des questions des cadres puis de l'augmentation. Il faut qu'il regarde, c'est plus de 10 milliards qu'on injecte dans le réseau de la santé. Et les Québécois, ils méritent ça, un bon système de santé.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: M. le Président, son gouvernement devait, en 2003, abolir les régies de la santé, puis ça a changé de nom puis c'est devenu les agences. Soudainement, la réingénierie de l'État de son gouvernement, c'est passé en dessous du tapis, parce que c'était peut-être trop compliqué pour lui, ou on manquait de courage d'entreprendre ce grand défi. Il ne peut pas me dire... Il ne peut pas me dire qu'il n'y a pas de travail, là-dedans, à entreprendre. Il ne peut pas me dire que, si je mets les 16 agences en dessous, les 95 CSSS, il ne peut pas me dire qu'il n'y a pas du travail à faire.

La seule chose que les contribuables demandaient, c'est de leur prouver, pour chaque piastre d'impôt qu'ils envoient à Québec, qu'on le dépense bien. Je ne doute pas que, quand un patient est rentré dans le système, qu'il est bien servi. Je n'en doute pas, pas du tout. Mais c'est normal, en 2011, qu'il y ait 30 % de la population qui n'ait pas de médecin de famille? C'est normal qu'on attende encore huit, 10, 12, 15 heures? Ce n'est pas normal. Et se rasseoir, les omnipraticiens, les pharmaciens qui

vous ont dit: On peut vous aider, le ministère de la Santé et tout ce monde-là, ensemble, là, les syndicats, les infirmières, devront s'asseoir pour trouver les solutions. Vous avez même un ancien collègue, le ministre Couillard, qui dit admettre son échec à désengorger les urgences. Il l'a dit: *Couillard admet son échec à désengorger les urgences.*

Est-ce que le ministre de la Santé est au courant des organismes et fonds que lui-même chapeaute, du montant, du nombre de milliards, d'organismes qui sont sortis du périmètre comptable et qui ne sont pas assujettis à aucun contrôle précis des dépenses de son ministère? Est-ce qu'il connaît le chiffre?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, le député de Shefford, parce qu'il a fait le commentaire là-dessus, par rapport aux agences, on a entendu pendant des heures de temps des gens qui sont venus nous dire que ça prenait une organisation régionale qui chapeaute l'ensemble des établissements. Et ce que le député de Shefford nous dit aujourd'hui, que, s'il voulait avoir un modèle sans agence, ça impliquerait d'autres fusions des établissements de santé, possiblement Granby avec Brome-Missisquoi. Pourquoi? Parce que, si on veut avoir deux niveaux, il faut qu'on réussisse à fusionner plusieurs établissements pour être capable de mieux le gérer.

Aujourd'hui, le député de Shefford... Pourquoi il n'était pas là lorsqu'on faisait notre commission parlementaire? Et tous les groupes sont venus nous dire, y compris l'AQESSS, y compris l'AQESSS... est venue nous dire...

Une voix: ...

M. Bolduc: Bien, ça fait partie du premier commentaire qu'il a dit, M. le Président. Il a parlé des agences.

Le Président (M. Sklavounos): Je vais inviter tous les parlementaires à...

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Écoutez, écoutez, ce n'est pas un dialogue. Je donne la parole à la personne qui demande la parole. M. le ministre, vous avez la parole. Et je vais vous inviter à garder le ton serein, là, pour nos débats, là, d'aller à la question, poser les questions, aller à la réponse. Allez-y, M. le ministre.

● (11 h 20) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Juste pour terminer le commentaire, c'est qu'à peu près tout le monde est venu pour nous dire que ça prenait une représentation régionale, que les agences étaient un modèle qui était acceptable et également que, oui, il fallait peut-être qu'on regarde au niveau des différentes responsabilités des paliers, qu'il y a à travailler. Mais tout le monde a reconnu que ça prend une représentation régionale.

Pour ce qu'il s'agit de la question des périmètres comptables, je ne suis pas un comptable, je suis un docteur. Je soigne des patients. Si le député de Shefford veut savoir exactement par un comptable ou par nos équipes financières qu'est-ce qui est à l'extérieur du périmètre financier,

comment on s'organise, comment on s'organise pour la question de la gestion financière du réseau, on pourra lui remettre... on pourra lui permettre de rentrer en contact avec de nos gens, qui vont l'informer. Mais, moi, je peux le dire, je suis un ministre de la Santé et des Services sociaux qui s'occupe des patients, qui s'organise pour avoir une gestion rigoureuse, qui s'organise pour qu'on soit performants dans le réseau de la santé. Ça fait que, quand il va me chercher une question sur une ligne comptable à quelque part, là, laissez-moi vous dire que je pense qu'il devrait peut-être se consacrer à la santé. Puis il aurait peut-être dû assister aux différentes commissions parlementaires pour savoir l'état du réseau de la santé.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. On va éviter... on va tous essayer d'éviter de personnaliser le débat. On va aller aux questions, on va aller sur les questions. Et, sur les réponses, on va éviter de lancer des commentaires de part et d'autre, s'il vous plaît. M. le député de Shefford, allez-y.

M. Bonnardel: ...une information fort simple qui est écrite dans les comptes publics. Il y a 8 milliards de dépenses en fonds et organismes qui sont sortis du périmètre comptable, et c'est la première fois que le Vérificateur général consolide ligne à ligne toutes les dépenses du système de santé. Ce 8 milliards de fonds et d'organismes qui ne sont pas assujettis à aucun contrôle, c'est sa responsabilité, au ministre de la Santé, de s'assurer que les dépenses, les sous qu'on leur donne, à ces agences, à ces organismes, à ces fonds... Si j'avais du temps, je pourrais lui en nommer une après l'autre. C'est son devoir de s'assurer que ces agences, ces fonds, ces organismes dépensent bien leurs sous. C'est ça. C'est ça, le défi, parce qu'au-delà du ministère, là, de la Santé, bien, il y a des fonds et des organismes où il y a 8 014 000 000 \$ d'argent qui a été dépensé l'an dernier qui ne sont assujettis à rien.

Je vous lis une ligne d'une conclusion du Vérificateur général, qui a déposé son rapport en février 2010: «Le gouvernement n'a pas présenté d'objectif explicite sur la croissance des dépenses de ces entités autres que budgétaires.» C'est grave, là. C'est grave. On parle des dépenses de programmes. C'est le fun de vanter ça devant la télévision, puis aux journalistes, puis à tout le monde, dire: Ah! les dépenses de programmes baissent. Oui, parce qu'on grossit les fonds, puis les entités, de l'autre côté, qui ne sont assujetties à rien, à part le 10 % des frais d'administration et des frais de voyage, déplacement, et tout ça. Mais ça, c'est le défi que le ministre va devoir entreprendre aussi dès cette année pour s'assurer que ce 5 % là qu'il souhaite voir pas exploser dans les dépenses, bien, qu'il en arrive à ça. On pourra l'évaluer, ça, quand les comptes publics sortiront, l'an prochain.

J'ai une question simple au ministre de la Santé. À la page A.36 du budget, on parle des dépenses totales de santé et des services sociaux. C'est le tableau A.12 du budget. Il y a soudainement, à partir de 2011-2012, une contribution de la Société de l'assurance automobile du Québec qui apparaît, qui n'était pas là en 2009-2010 ni en 2010-2011, et cette contribution commence dès cette année, à hauteur de 115 millions de dollars. Est-ce que le ministre peut nous expliquer pourquoi il y a cette contribution de la Société d'assurance automobile du Québec? Je sais que, dans les années soixante-dix, les hôpitaux se

faisaient rembourser le coût des accidentés de la route, mais pourquoi cette contribution n'était pas là avant et que soudainement elle apparaît?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: Oui, M. le Président. Juste pour clarifier, le 8 milliards, là, du périmètre... à l'extérieur du périmètre comptable, ce n'est pas pour le système de santé...

M. Bonnardel: ...

Le Président (M. Sklavounos): Écoutez, M. le député de Shefford, on va permettre à M. le ministre de répondre à votre question. On va éviter de faire des commentaires entre-temps et de s'interpeller. Allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: On va clarifier. Mais, si c'est ça, ça veut dire que c'est la rémunération des médecins et des choses que ça ne compte pas là-dessus. Je vais laisser M. Jacques Cotton répondre à la question très technique.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, pour que M. le sous-ministre prenne la parole, ça me prend le consentement des parties. Alors, le parti ministériel, ça va? Opposition officielle, Mme la députée de Taschereau, ça va? M. le député de Shefford, ça va, vous consentez à ce que monsieur...

Alors, M. le sous-ministre, je vous invite à vous présenter, malgré le fait que vous êtes connu. Et par la suite vous aurez la parole pour répondre à la question.

M. Cotton (Jacques): Jacques Cotton, sous-ministre en titre. Pour la question sur la... M. le Président, sur la SAAQ, c'est que c'est un compte à fin déterminée qui a été créé, puis c'est pour ça qu'il apparaît soudainement, mais il était là avant, mais il était dans le fonds consolidé. Donc, c'est une présentation comptable, tout simplement. Ce n'est pas un nouveau revenu, il apparaissait dans le fonds consolidé auparavant. Et là...

Une voix: ...

M. Cotton (Jacques): Puis là on l'a ventilé avec un compte à fin déterminée pour qu'il soit bien identifié à la Santé et aux Services sociaux.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le sous-ministre en titre. M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: Merci. J'aurais une autre question dans le tableau des dépenses, peut-être que M. le sous-ministre pourrait me répondre. Toujours au tableau A.12, là, de la page A.36, les dépenses du FINESSS apparaissent à partir de cette année, là, de 180 millions, mais, juste en dessous, il y a *Autres dépenses de santé*. J'aimerais ça, pour la gouverne personnelle des gens de l'opposition autant que du gouvernement, que le sous-ministre puisse me ventiler le 3 932 000 000 \$ des dépenses de 2009-2010 dans la ligne *Autres dépenses de santé*. Il ne pourra peut-être pas me donner ça là, j'en conviens, là, mais, s'il peut me donner ça d'ici la fin de la journée ou demain, ce serait apprécié pour nous-mêmes.

Le Président (M. Sklavounos): M. le sous-ministre, il reste 1 min 30 s. Voulez-vous tenter une réponse? Et par la suite vous pourrez vous engager, si vous voulez, à fournir des documents.

M. Cotton (Jacques): On va être capables de vous fournir ça d'ici la fin de la journée, le détail du 3 milliards.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, c'est ça, je vous demande de transmettre ces renseignements au secrétariat de la commission. C'est à M. le sous-ministre, qui peut s'engager. Alors, M. le sous-ministre, au secrétariat de la commission. Merci beaucoup.

M. le député de Shefford, il reste du temps pour un commentaire, une minute.

M. Bonnardel: Merci, oui. Bien, rapidement. Le ministre sera sûrement capable de me répondre. Il doit être au courant, le ministre de la Santé, qu'il y a un nombre de vaccins qui a été mis... qui n'a pas été utilisé pour les... pas les contribuables, mais les Québécois, pour le H1N1. Il y en a 1 775 000 qui ne sont pas utilisés.

Qu'est-ce qu'on entend faire avec ça? J'imagine que ça doit déjà être perdu parce que c'est périmé? Ou quel est le plan de match vis-à-vis ces montants d'argent assez substantiels, là?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre, 30 secondes. Allez-y.

M. Bolduc: 30 secondes. Bien, c'est parce qu'il faudrait que je demande à M. Horacio Arruda de venir dire exactement qu'est-ce qu'on va faire avec ça.

Le Président (M. Sklavounos): Consentement? Est-ce qu'il y a consentement? Consentement. Dr Arruda, je vais vous inviter à vous présenter puis à aller directement à la réponse, s'il vous plaît. Il ne reste pas beaucoup de temps. Allez-y.

M. Arruda (Horacio): Les vaccins étant périmés...

Le Président (M. Sklavounos): Juste vous présenter, s'il vous plaît, pour l'enregistrement.

M. Arruda (Horacio): Bonjour. Excusez-moi. Horacio Arruda, directeur de la protection de la santé publique.

Les vaccins ayant une durée de vie de six mois, elle devait être... prévue être de un an, les vaccins sont périmés, ont été retournés à la compagnie. Il y a eu des ententes de faites avec le fédéral, en regard des événements, de remboursement potentiel.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Arruda. Alors, ça complète le temps du deuxième groupe d'opposition. Nous revenons au parti ministériel, et je cède la parole tout de suite à M. le député de Lévis. Vous avez la parole, M. le député de Lévis.

M. Lehouillier: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, avant de... oui, avant de répondre ou de poser des questions au ministre, M. le Président, vous me permettez

de faire quelques commentaires sur ce que je viens d'entendre de la part du député de Shefford.

Je me souviens que, l'an passé, le ministre qui était ici, en commission parlementaire, avait très bien expliqué pour quelle raison le statu quo était impossible à maintenir dans le contexte actuel au niveau de la santé. Il y a deux éléments majeurs qui expliquaient qu'au-delà de l'évolution des coûts, qui normalement est reliée avec les coûts de la vie... puis là on a une approche qui est très comptable, on se dit: Bon, bien, les ministères ont droit à 3 % d'augmentation... Là, on peut se permettre effectivement d'avoir une approche très comptable, mais il y a deux éléments majeurs qui expliquaient que ce statu quo là était impossible, qui étaient l'évolution des technologies et l'évolution démographique.

Au niveau de l'évolution des technologies, ce que les gens ont tendance à oublier, c'est qu'il n'y a pas encore quelques années — je vais juste donner un couple d'exemples, M. le Président — il y a encore quelques années, on se promenait avec nos radiographies sous le bras. On était à l'âge de pierre au niveau de la technologie. Et c'est la même chose en télé-métrie, qui est maintenant un nouveau secteur d'activité, au niveau de la technologie, qui, par exemple, va faire en sorte que, quand un accidenté de la route prend une ambulance, on va pouvoir à distance le diriger vers le bon hôpital immédiatement, ce qui permet de sauver des coûts de santé.

Deuxièmement, l'évolution démographique, M. le Président, est un élément aussi extrêmement important, donc, au niveau du vieillissement de la population. Et, que voulez-vous, la réalité, c'est que les personnes âgées de 65 ans et plus, ça passe de 15 % en 2010 à 25 % en 2031. Et ça fait en sorte qu'en plus, si on ajoute l'espérance de vie, donc, en 1930, comparativement à aujourd'hui, les gens ont une vie... ils ont 20 de plus dans leur vie, qu'on additionne. C'est presque une vie active qu'on additionne.

Alors, moi, M. le Président, je me demande comment, par un chiffre, par la mathématique comptable, on pourrait en arriver, on aurait pu en arriver à maintenir un statu quo dans le domaine de la santé, alors qu'on sait que la proportion des gens de 65 ans et plus va représenter pas loin de 30 %, alors qu'elle est de 15 %, et qu'une personne de 65 ans et plus coûte en moyenne en soins de santé 10 000 \$ par année et qu'une personne de 65 ans et moins coûte 1 000 \$ par année. Alors, il y a comme un problème mathématique. Est-ce qu'on fait en sorte qu'à un moment donné on arrête de soigner les gens de 65 ans et plus, qui coûtent 10 000 \$ par année, puis on continue à soigner ceux qui ne coûtent seulement que 1 000 \$ par année?

Bien, c'est ça, la contribution santé. Puis justement j'entendais tantôt le député de Shefford qui dit qu'avec la contribution de santé le gouvernement se met des millions dans les poches. Bien, je m'excuse, cet argent-là est injecté directement pour les services aux patients. Il n'est pas injecté dans la poche du gouvernement. Et c'est ce type d'image qu'on véhicule dans le domaine de la santé qui est malheureux, et c'est le type d'image qu'on véhicule dans le domaine de la santé qui est malheureux, à la période de questions, ce type d'image là surfait qui fait en sorte qu'à un moment donné on a une population vieillissante, il faut toujours bien continuer à soigner le monde.

● (11 h 30) ●

Et, quand on regarde au niveau de l'efficacité des services de santé, j'ai eu l'occasion puis j'ai l'occasion

d'y aller, dans mes institutions de santé. Quand le ministre a annoncé 730 millions de reddition de comptes, même si on est la province qui contrôle le mieux nos coûts, à 730 millions de dollars, je suis allé voir, moi, dans les établissements, ce que ça représente, assurer l'efficacité des services de santé. Il faudrait peut-être que le député de Shefford aille faire un tour dans ces institutions puis qu'il leur demande ce que ça représente, ce que ça représente, juste l'efficacité de 730 millions de dollars, compte tenu que les besoins augmentent constamment. Alors, ça, il faut le voir.

Et — puis ça, je le sais, qu'il y en a qui n'aiment pas ça, entendre ces chiffres-là, mais je les réitère encore une fois, M. le Président — on fait déjà... au Québec, on a déjà une productivité exceptionnelle. On dépense moins par personne que toutes les autres provinces canadiennes, 4 600 \$ comparativement à 5 154 \$ pour l'ensemble du Canada. Et savez-vous combien ça coûte aux États-Unis, savez-vous combien ça coûte chez nos voisins du Sud pour une dépense par habitant en matière de santé? 7 290 \$. Ici, ça coûte 4 603 \$. Alors, on a beau jouer la valse des chiffres puis des organigrammes — puis, en passant, l'organigramme n'est pas si compliqué que ça, quand on pense que c'est un budget qui n'est pas loin de la moitié du budget de l'État.

Alors donc, comparé au reste du Canada, on est dans le peloton de tête pour l'espérance de vie. Et, M. le Président, il faut dire aussi qu'on commence à récolter les fruits des réinjections qu'on a faites dans le domaine de la santé, puis ça, ça gêne un peu les gens de l'entendre. Pour la hanche, par exemple — on va juste donner deux, trois petits exemples — pour la hanche, 88 % des patients québécois sont opérés dans un délai égal ou inférieur à 26 semaines. Au Canada, c'est 84 %. Pour le genou, on est au deuxième rang avec 83 % des patients qui sont opérés en 26 semaines. Alors, moi... Enfin, 87 % des Québécois qui sont opérés pour leurs cataractes le sont dans un délai inférieur à 16 semaines. Au Canada, c'est 83 % de la population qui est soignée dans ces délais-là.

Alors, M. le Président, il y a comme un problème quelque part, d'autant plus que, je le disais... on le disait tout à l'heure, la contribution santé, il n'y a personne dans les partis d'opposition qui a amené une solution autre que celle que le gouvernement a amenée, qui fait également en sorte — il faut le rappeler, M. le Président — qu'il y a 1,4 million de contribuables qui en sont exemptés et qu'il y a des milliers de ménages qui sont compensés par le crédit d'impôt pour la solidarité.

Cela étant dit, il faut toujours bien quelque part qu'on continue à donner les soins de service. Et, si, aujourd'hui, si, aujourd'hui, le gouvernement n'avait pas pris des choix responsables dans le domaine de la santé, c'est clair que notre système de santé serait réellement en crise actuellement. Ce serait impossible de répondre à l'augmentation exponentielle des besoins en matière de santé. Le ministre le rappelait tout à l'heure: 3,8 millions de services à l'urgence. Alors, c'est quand même quelque chose d'assez exceptionnel, sans compter le fait, M. le Président, que, grâce au programme d'infrastructure, on améliore aussi l'efficacité dans nos infrastructures de santé.

Moi, j'ai eu l'occasion de visiter notre urgence à l'Hôtel-Dieu de Lévis. C'est effrayant. C'est effrayant, les conditions dans lesquelles les patients, souvent, sont littéralement parqués dans les urgences. Alors, qu'est-ce qu'on va faire? On va passer de 1 000 m² à 6 500 m² à

l'urgence à l'Hôtel-Dieu de Lévis, puis enfin les travailleurs, les médecins vont pouvoir agir avec beaucoup plus de facilité, et on va éviter toute la promiscuité qu'on voit actuellement dans les urgences, qui n'a plus de bon sens.

Alors, moi, je pense qu'il se fait des gestes extraordinaires, exceptionnels. Mais, ne nous y trompons pas, ce n'est pas par le fruit du hasard que les soins de santé augmentent de 5 %, c'est que les besoins ont augmenté de façon exponentielle puis qu'en même temps il fallait qu'on se modernise un peu, et on n'avait plus le choix, quand on était rendu à l'âge de pierre et on n'était même pas efficaces; même entre les cliniques médicales, il n'y avait aucune communication, il n'y avait rien de ça, et, au moins, on est en train de faire des choses extraordinaires.

Mais c'est la raison pour laquelle, M. le Président, j'aimerais dans un premier temps entendre le ministre, parce qu'on parle souvent de l'organisation du travail comme un facteur déterminant dans la gestion de la durée des séjours, et on parle souvent, au niveau des durées de séjour... on entend souvent à la période de questions, entre autres, là... parce qu'on le disait tantôt, 4 millions de visites à l'urgence, puis tout à coup il y a quelqu'un qui lève la main en disant: Ça n'a pas de bon sens. Une personne a attendu tant de temps à l'urgence.

Pouvez-vous nous expliquer, au niveau de la méthode «lean», qu'est-ce que ça a d'effets bénéfiques pour diminuer les temps d'attente aux salles d'urgence? Parce que c'est la question qui revient le plus souvent au salon bleu.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bon. On va prendre l'exemple, puis ça a été publicisé dans les médias, c'est le CSS de Trois-Rivières qui a revu complètement son fonctionnement au niveau de l'urgence avec des processus «lean», puis ils ont passé... pour que le... entre le moment où est-ce que le patient consulte et qu'il voit le médecin, ils ont passé de huit heures à autour de deux heures. C'est tout simplement une révision de tous les processus au niveau du fonctionnement du travail des employés puis également au niveau du cheminement du patient, pour s'assurer que le patient soit vu le plus rapidement possible, que les décisions soient prises le plus rapidement possible. Et tous les délais, exemple, avoir des prises de sang, la radiologie, la consultation, sont revus pour aller chercher le maximum de performance.

Tous les établissements du Québec actuellement ont au moins un projet «lean» dans un de leurs endroits de l'établissement. Et également ce qu'on vise, c'est qu'à un moment donné... c'est que chaque urgence ait eu un projet «lean» de façon à améliorer ses processus. Un exemple du «lean»... Ça a été publicisé hier soir, puis ce n'est pas nous autres qui l'a commandé, TVA a présenté un reportage sur le fonctionnement du bloc opératoire en ophtalmologie à Pierre-Boucher, où ils ont démontré l'augmentation de la production, l'augmentation de la productivité, et chacune des personnes qui était un intervenant au niveau du bloc opératoire disait sa grande satisfaction.

L'objectif d'un projet «lean», ce n'est pas de travailler plus, c'est, avec le même travail, même souvent moins de travail, d'avoir des meilleurs résultats. Et la façon dont on procède, c'est qu'on fait une réévaluation complète des tâches, on travaille différemment. Hier, on parlait

également qu'un des concepts qu'on a avec la méthode «lean», c'est de travailler en équipe. Donc, ce sont tous des concepts... des meilleures pratiques de gestion qui sont appliquées pour aller chercher une meilleure performance.

Au niveau de l'urgence, également, ce qu'on a vu... ce qu'il faut revoir, c'est qu'il faut revoir tous les processus au niveau de l'établissement, dont, entre autres, la disponibilité des lits en courte durée, également la place que prennent les personnes âgées qui sont en attente d'hébergement dans nos lits de courte durée. Et ça, il y a eu beaucoup de travail de fait au cours des deux dernières années pour essayer d'ouvrir des places pour les personnes âgées soit en ressources intermédiaires, en soins de longue durée et également par une amélioration des soins à domicile.

Donc, ce sont... Les solutions à l'urgence, ce n'est pas une solution, mais de multiples solutions, qui sont en partie à l'urgence et en partie ailleurs, dont, entre autres, dans l'établissement et à l'extérieur de l'établissement.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Lévis, question complémentaire?

M. Lehouillier: Certainement. Alors, comme je le disais tout à l'heure, les soins de santé au Québec, 6 millions de personnes en bénéficient chaque année, et on parle... on entend, on voit dans les médias ou on entend souvent à la période de questions un cas spécifique sur les urgences, et je sais, M. le ministre, à quel point vous êtes préoccupé par cette situation. Et vous avez toujours dit que chaque cas doit être traité comme il se doit, et qu'on n'a pas droit à l'erreur, et qu'on doit améliorer constamment notre situation, même si on fait au-delà de 4 millions d'interventions.

Donc, ce qu'on entend souvent puis ce qu'on voit dans les journaux, c'est qu'on a des situations dans certaines urgences qui souvent alarment la population. Et je sais, M. le ministre, que vous avez vous-même pratiqué pendant plusieurs années la médecine d'urgence. J'aimerais vous entendre un peu sur la main-d'oeuvre, la gestion des lits, comment ça se passe à l'urgence, et surtout en regard de la visite des urgences que vous avez faite, dont celle de l'Hôtel-Dieu de Lévis, je le sais, et je voudrais voir un peu comment vous réussissez à faire en sorte qu'on réduit l'engorgement. Parce qu'on est quand même passé... on a quand même duré... on a quand même diminué, cette année, la durée moyenne de séjour sur civière. Contrairement à ce qu'on dit, là, puis ce qu'on entend dans les médias, là, la durée moyenne de séjour sur civière, elle a diminué, en termes de nombre d'heures, dans les urgences.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, j'ai 26 ans de pratique dans les urgences et puis également comme gestionnaire des urgences, mais ce qu'on voit, comme vous dites, c'est qu'actuellement il y a une stabilisation au niveau du nombre d'heures d'attente sur les civières, avec une augmentation de volume d'environ 3 %. À chaque année, on a à peu près 2 % à 3 % de plus de patients qui sont couchés sur civière tout simplement parce qu'il y a un vieillissement de la population, et également le Québec compte 80 000 personnes de plus par année.

C'est le premier phénomène qui peut expliquer pourquoi on a tant de difficultés à prendre le contrôle au niveau des urgences.

Deuxièmement, également, c'est qu'on a travaillé avec plusieurs établissements, au moins une quinzaine d'urgences, de façon intensive, de façon à revoir tout leur fonctionnement, pas seulement au niveau de l'urgence, au niveau de l'établissement, mais également pour les soins de longue durée. Parce qu'un des enjeux majeurs, c'est les personnes âgées qui sont admises dans l'établissement, qui peuvent avoir besoin d'un lit en CHSLD ou encore qui ont besoin de soins à plus long terme ou qui ont besoin de récupération fonctionnelle. Et il faut voir une urgence comme étant une entité qui fait partie d'un autre tout qui est un établissement de santé.

● (11 h 40) ●

Je vais vous donner un exemple, par contre, où il y a des succès actuellement, puis je vais prendre l'exemple de l'Hôpital de Granby, qui est l'hôpital du comté de Shefford. L'Hôpital de Granby a une urgence entièrement neuve, que nous avons inaugurée l'année dernière, très fonctionnelle, et, depuis quelques mois, on voit qu'à l'urgence de Granby il y a une grosse amélioration au niveau du nombre de patients de 48 heures et moins. Ce matin, il y avait zéro 48 heures à l'urgence de Granby. Et régulièrement, maintenant, on voit entre un à deux 24 heures par jour à l'urgence de Granby; c'est quand même très peu. Donc, il y a eu une amélioration parce qu'ils ont amélioré les processus au niveau de la gestion à l'interne des lits de courte durée, également il y a une prise en charge qui est probablement meilleure au niveau des patients de... au niveau de la communauté.

Donc, pour prendre en charge une urgence puis pour pouvoir l'améliorer, il faut vraiment travailler sur le continuum de services, dont, entre autres, au niveau des lits de CHSLD, des lits de longue durée. Au cours des prochaines semaines également, on va faire des annonces pour annoncer... récemment, avec le premier ministre, l'ouverture de ressources intermédiaires, entre autres, dans des régions où est-ce qu'il y a une grande pénurie: on parle de Laurentides, Laval, Lanaudière. Également, il y a Montréal qui va ouvrir des ressources intermédiaires. Et ça, ça va nous permettre également, plutôt que d'avoir des patients qui sont dans des lits de CHSLD, donc qui nécessitent plus de trois heures/soins mais qui, eux autres mêmes... le patient nécessitait entre deux et trois heures/soins, ça va nous permettre de les orienter vers une ressource qui est préférable, au niveau de l'autonomie, parce que, étant des patients semi-autonomes, ça nous permet de les mettre dans un lit, je vous dirais, qui va demander plus de... qui demande certains soins, mais ce n'est pas une perte d'autonomie complète.

Donc, au niveau des urgences, il y a beaucoup de travail qui se fait. Ce que l'on vise vraiment, c'est le continuum de services qui doit être amélioré, et, pour ça, il faut faire tout notre épisode de soins au niveau du patient.

L'autre élément, comme vous aviez parlé, c'est toute la question des lits de courte durée. Et vous savez qu'au Québec, en termes de nombre d'admissions, il y a une diminution du nombre d'admissions au Québec, ce qui veut dire qu'actuellement on a... il faut offrir plus de soins à nos patients, parce que, nos patients restant moins longtemps, bien ce sont des cas qui sont plus aigus. Donc, c'est toute cette gestion-là qu'on doit faire dans nos lits de courte durée également. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il reste encore quatre minutes, M. le député de Lévis, vous avez du temps.

M. Lehouillier: Oui. Alors, moi, je voudrais qu'on parle un petit peu plus de... M. le ministre, de l'accès aussi à la première ligne, puisque l'accès aux services de première ligne, c'est une priorité pour vous, ça, je le sais, et vous travaillez pour que l'urgence ne soit pas le seul endroit — vous en avez... vous venez juste de l'indiquer — où on a un recours à un médecin les fins de semaine. Alors, le problème, un des gros problèmes d'engorgement des urgences, c'est justement que les gens, comme ils n'ont pas accès à un médecin les fins de semaine, bien ils disent: On l'envoie à l'urgence. On entend souvent cette expression-là: On va l'envoyer à l'urgence.

Alors donc... Et qu'est-ce qu'on fait pour améliorer ça actuellement? Et où en êtes-vous de ce côté-là?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, c'est tout le développement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux. Juste pour expliquer la différence, un groupe de médecine de famille, c'est généralement un groupe de sept à 12 médecins qui se réunissent ensemble et qui offrent des services de rendez-vous et de sans rendez-vous, le jour, le soir et la fin de semaine. Également, dans le groupe de médecine de famille, il y a des infirmières cliniciennes qui aident à la prise en charge des patients.

La clinique-réseau, c'est une clinique de sans rendez-vous dans laquelle il y a des infirmières qui vont faire le tri des patients. On peut avoir 40 % à 50 % des patients qui... le cas peut être réglé par l'infirmière, et, lorsqu'ils ont besoin de voir le médecin, à ce moment-là le médecin est disponible, là, sept jours par semaine, également des soirs sur semaine.

Donc, c'est la mise en place de ce réseau que nous sommes en train de mettre au Québec... mettre en place au Québec, puis je vais vous donner un exemple. Ici, à Québec, il y a sept cliniques-réseaux, de façon à ce que les patients qui ont besoin de voir un médecin sans rendez-vous peuvent aller consulter à cet endroit-là, et également il y a des ententes, dans des hôpitaux, où les cas qu'on appelle légers, des P4, P5, peuvent être référés à la clinique-réseau pour désengorger l'urgence, et ce modèle-là fonctionne très bien. Puis récemment il y a eu des reportages, entre autres, avec l'Hôpital Saint-Jean-sur-Richelieu, puis il y a eu un reportage avec l'Hôpital de Drummondville, où des patients qui étaient des cas P4, P5 étaient référés à la clinique-réseau.

Pour ce qui s'agit de l'accessibilité à la première ligne, c'est certain que notre modèle est privilégié chez les groupes de médecine de famille. Au Québec actuellement, il y a 221 groupes de médecine de famille et il y a 44 cliniques-réseaux. Donc, ce que ça nous permet, c'est d'augmenter l'accessibilité aux services, entre autres avec la prise en charge au niveau des groupes de médecine de famille et le sans rendez-vous, et dans la clinique-réseau et dans le groupe de médecine de famille. On en veut 300. On devrait réussir à les mettre en place d'ici deux ans. On veut également des cliniques-réseaux. Généralement, c'est une clinique-réseau par 50 000 de population.

Juste pour... également, pour bien clarifier, une clinique... un groupe de médecine de famille peut également être une clinique-réseau. Donc, la même clinique peut avoir les deux fonctions, puis on fournit du personnel pour répondre aux deux types de besoin qui sont le rendez-vous et le sans rendez-vous.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, sur ce, je vais passer de l'autre côté, à Mme la députée de Taschereau, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. Vous avez la parole — c'est un bloc écourté — Mme la députée de Taschereau, jusqu'à midi. Alors, allez-y.

Mme Maltais: Ah! Ça va, M. le Président. Je vais continuer sur la privatisation, qui est un sujet qui est très intéressant pour moi, parce que je suis contre la privatisation en douce des services publics qui est en train de se faire. Mais avant je voudrais juste rappeler au député de Lévis que, s'il se fait poser tellement de questions à l'Assemblée nationale, d'abord, c'est de tout temps qu'il y a eu des questions sur les urgences. L'autre chose, c'est qu'il y a eu une promesse en 2003 qui a été d'éliminer l'attente. Elle est sortie, cette promesse, de la bouche du premier ministre du Québec actuel, et cette promesse avait été rompue. Cette promesse avait été réitérée dans le plan stratégique du ministère de la Santé pour arriver à zéro attente en 2010. Cette promesse, elle a encore été rompue.

Et la difficulté que le ministre a actuellement, c'est qu'effectivement il a baissé le temps d'attente — le temps d'attente est plus élevé que quand on a quitté le pouvoir, à l'heure actuelle, dans les urgences, mais il a baissé l'année dernière. Bien, je pense que vous pouvez en être fiers, il est baissé de 17 h 36 min d'attente à 17 h 24 min d'attente. Pas pire, 10 minutes de moins sur 17 heures, il y a de quoi vraiment s'en vanter puis il y a de quoi se faire des éloges! Quand on a promis zéro heure d'attente en 2003 puis que ça fait neuf ans... huit ans qu'on attend, vraiment, là, je n'en parlerais pas trop.

Bon. Utilisation des agences privées au Québec, infirmières et autres professionnels. Dossier intéressant. Le ministère, dans son plan stratégique, promet de réduire l'utilisation des agences privées dans le réseau de la santé. Sa cible, c'est 25 %. C'est la cible du ministère. Il est important que la cible soit respectée. Je vais vous dire combien ça coûte au réseau de la santé. J'ai des chiffres qui commencent au 31 mars 2006 et j'ai des montants jusqu'au 31 mars 2010. Alors, en 2006, en personnel en soins infirmiers cardiorespiratoires, en privé, il y en avait pour plus de 96 millions de dollars. Aujourd'hui... non, 31 mars 2010, c'est le dernier chiffre que j'ai, 204 millions de dollars. On passe du simple au double. Pour le personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers, même chose, ça passe de 67 millions, mais ça ne passe pas au double, c'est monté jusqu'à près de 100 millions, 97 millions; c'est redescendu à 69. Pour le personnel de bureau, les techniciens, les professionnels de l'administration, la part du privé est passée de 28 millions au 31 mars 2006 à... c'est monté jusqu'à 46 millions au 31 mars 2009. Là, ça vient de rebaisser à 24. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux, 31 mars 2006, il y en avait pour plus de 10 millions qui provenaient des services privés; aujourd'hui, 42 millions de dollars provenant des services privés.

En quoi c'est inquiétant? Parce qu'on pourrait dire: Bon, ce n'est pas plus grave que ça. Mon collègue dirait peut-être: Le privé en santé, ça peut être bien. Sauf que le taux horaire moyen, la marge bénéficiaire moyenne est de 20 %. Ça veut dire que ça coûte 20 % plus cher au réseau de la santé. Ça devrait sûrement intéresser la collègue de Gatineau. Le CSSS de Gatineau, simplement l'année dernière, a donné pour 2 755 000 \$ de contrats aux agences privées, juste un CSSS, vous voyez la facture? Alors, la question que je pose au ministre, c'est... Il a... Dans son plan stratégique, il nous promet une réduction des agences privées de 25 %, mais il a signé avec la Fédération interprofessionnelle de la santé, qu'on appelle d'habitude la FIQ, un plan de réduction stratégique de 40 %. J'aimerais savoir quelle est la cible officielle maintenant. Est-ce que c'est 25 % ou si c'est 40 %? Deuxièmement, quel est l'échéancier? On n'a aucun échéancier. On voudrait suivre les progrès de ces travaux.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

● (11 h 50) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Compte tenu du assez long préambule, je vais prendre le temps d'expliquer. Puis il y avait un premier commentaire, c'était par rapport aux urgences. Bien, je suis content que la députée de Taschereau reconnaisse qu'il y a une légère diminution au niveau des urgences. Ce que je veux quand même spécifier, ce n'est pas le temps d'attente entre un patient qui voit le médecin, c'est un patient qui est sur civière, qui est malade, et généralement la durée moyenne de séjour devrait être autour de 12 heures, puis ce sont des patients qui, dans la majorité des cas, ont besoin d'être hospitalisés puis qui ont besoin d'un suivi à l'urgence.

Donc, je veux juste clarifier pour la population, ce n'est pas le temps pour voir le médecin, mais bien des gens qui sont plus malades que la moyenne, qu'on appelle les cas plus sévères, qui sont couchés sur civière. Et, vous savez, on a légèrement diminué la durée moyenne de séjour sur civière, ce qui est très bien, mais c'est en tenant compte qu'il y a une augmentation du volume d'activité, compte tenu du vieillissement de la population, l'augmentation de la population qu'on estime autour de 3 %. Donc, juste pour être capables de faire face à la croissance, c'est quand même un phénomène intéressant.

Deuxièmement, j'aimerais également clarifier, avant de laisser la parole à Mme Lapointe qui va répondre, j'aimerais clarifier que, quand elle parle de privatisation, c'est que c'est dans le service public qu'on engage des gens qui viennent du privé, mais c'est pour donner un service public, pour s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de services. On croit tellement dans nos services publics qu'on ne veut pas de rupture de services, qu'on est prêts à faire un compromis temporaire, d'embaucher des gens qui viennent d'une autre source que celle de l'établissement, pour s'assurer que les patients reçoivent les services.

Actuellement, si on n'avait pas les agences privées dans plusieurs endroits, ce seraient des urgences qui fermentaient, ce seraient des blocs opératoires qui cesseraient de fonctionner. Et, oui, je le reconnais, nous en voulons le moins possible dans notre réseau public, mais notre première priorité, c'est d'abord les patients et d'offrir les services. Et là-dessus j'aimerais peut-être demander à

Mme Lapointe de répondre à la question de la députée de Taschereau.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, ça me prend le consentement des parlementaires pour que Mme Lapointe prenne la parole. Ça va, du côté ministériel? Opposition officielle?

Mme Maltais: ...c'est-à-dire, moi, je m'attends des gens de la fonction publique à des réponses claires, nettes, simples.

Le Président (M. Sklavounos): Absolument. Du côté de M. le député de Shefford, deuxième groupe d'opposition, il y a consentement? Allez-y, Mme Lapointe.

Mme Lapointe (Édith): Alors, merci, M. le Président. Alors, pour répondre à Mme la députée sur le montant, qui est de l'ordre de 200 millions, en termes de main-d'oeuvre indépendante pour la catégorie 1, juste préciser que ce montant-là, parce qu'on veut bien le calculer... C'est que, si on n'avait pas recours à la main-d'oeuvre indépendante, nous devrions utiliser finalement notre propre personnel. Alors, le coût réel...

Mme Maltais: M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Question de règlement de Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui. C'est une question de règlement.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y.

Mme Maltais: Ça... Ma question, elle est: Quelle est la cible, 25 % ou 40 %? Et est-ce qu'on peut connaître l'échéancier d'atteinte de la cible? Tout le dossier de l'utilisation du personnel privé, je le connais, là. Ma question était ça.

Le Président (M. Sklavounos): Ce n'est pas vraiment une question de règlement.

Mme Maltais: Oui. C'est une question de règlement.

Le Président (M. Sklavounos): C'est une précision de la question.

Mme Maltais: Non. Ma question était claire.

Le Président (M. Sklavounos): Vous reformulez un petit peu la question.

Mme Maltais: Non.

Le Président (M. Sklavounos): Je vais retourner à Mme Lapointe. Juste pour les fins de l'enregistrement, je vais vous demander de nouveau de vous présenter. Et par la suite essayez d'aller sur la question. Merci, Mme Lapointe.

Mme Lapointe (Édith): Merci. Alors, Édith Lapointe, sous-ministre adjointe à la DGPRM. Alors, sur la cible... alors, il y a deux cibles. Il y a une cible de 25 %

qui s'applique à tous les établissements pour les cinq prochaines années. Alors, on vise une réduction de l'ensemble... dans le fond, de l'ensemble des établissements. Pour la FIIQ, nous avons effectivement convenu d'une cible différente pour le motif suivant: lors de la négociation avec la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, nous avons convenu que, pour qu'on puisse aller plus loin, donc passer de 25 % à 40 %, il y avait un travail qui devait être fait par les deux parties, et je m'explique. Nous avons convenu avec la FIIQ de revoir l'organisation du travail. Il faut savoir, il faut se rappeler qu'en vertu de la loi n° 30 il y a plusieurs matières, donc des sujets, qui doivent être négociées entre l'établissement et le syndicat local.

Et on sait qu'une des problématiques qui fait en sorte qu'on doit recourir à la main-d'oeuvre indépendante c'est, je vous dirais, le manque de souplesse dans certaines dispositions de la convention collective. Alors, ça, ça se fait au niveau local. La FIIQ a accepté de revoir les dispositions locales avec chacun des établissements pour donner plus de souplesse dans l'application des conventions collectives, et nous faisons un peu le pari qu'en revoyant l'organisation du travail par la révision de certains sujets qui sont négociés localement on va pouvoir aller plus loin au niveau de la cible. Alors, c'est pour ça qu'on retrouve deux cibles, alors, une de 25 % avec l'ensemble des établissements et 40 % avec la FIIQ.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Lapointe. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Alors, je viens de comprendre que, là, la cible est de 25 % pour les cinq prochaines années pour tous les corps d'emploi, mais, là où c'est affilié à la FIIQ, c'est 40 %. Est-ce que ce 40 % est applicable aux cinq prochaines années? Deuxièmement, aussi... c'est cinq ans aussi, le 40 %, c'est ce que je comprends. Mais je n'ai toujours pas l'échéancier, c'est-à-dire, est-ce que c'est... Est-ce qu'on s'est donné des cibles par années? Est-ce que c'est échelonné par année? Est-ce que c'est 5 %, 10 %, 15 % pour arriver à 25 %? Comment ça va fonctionner?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Lapointe.

Mme Lapointe (Édith): Alors, la cible, tant la cible de 25 % que la cible de 40 %, c'est une cible à terme. Donc, on souhaite obtenir 25 % ou 40 % en 2015.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Donc, il n'y a pas de... vous n'avez pas élaboré de projection, de prévision, d'objectif par année, mettons, 5 % la première année, 10 % la deuxième. Il n'y a pas ce type d'objectif?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Lapointe.

Mme Lapointe (Édith): Non. C'est vraiment l'objectif à terme, parce qu'on veut se donner finalement tous les moyens, parce qu'on sait que ça va prendre plusieurs années. On doit le regarder. Alors, c'est vraiment l'objectif à terme.

Mme Maltais: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Lapointe. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui. En page 230 du cahier des réponses aux questions particulières, volume 1, on nous dit que les données 2010-2011 concernant chacune des catégories d'emploi de la loi n° 30 sur le... et le coût des heures travaillées en temps supplémentaire, détaillées par catégorie d'emploi, pour les années 2005-2006 à 2011, là — on voulait ça — les données 2010-2011 ne seront disponibles qu'à l'automne 2011. Pour suivre vos travaux, est-ce qu'il serait possible d'avoir les... que ces données soient déposées simplement à la commission parlementaire quand elles seront disponibles, au lieu d'attendre les crédits de l'année d'ensuite? Est-ce que ce serait possible?

Le Président (M. Sklavounos): Alors, on a une demande de Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: Oui, avec plaisir.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. le ministre s'engage à déposer ces documents-là, lorsqu'ils seront disponibles, au secrétariat de la commission. C'est exact, M. le ministre?

M. Bolduc: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci beaucoup. Brièvement, concernant le Lucentis, qui est un dossier que nous avons abordé régulièrement à la période de questions, le ministre, dans sa réponse du 6 avril, m'a dit: Nous allons agir dans quelques jours. En français ou en québécois, dans quelques jours, c'est avant 15 jours. Parce qu'après ça on dit: dans 15 jours, puis, après 15 jours, on tombe dans les semaines, dans quelques semaines, puis après ça on tombe dans les mois. En français, dans quelques jours, c'est rapide.

Alors, à quand l'annonce, M. le Président?

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

M. Bolduc: M. le Président, la première chose, c'est d'abord l'intérêt du patient, et puis je pense que la députée de Taschereau va être d'accord pour dire que j'ai dit qu'il devait y avoir gratuité pour le traitement de la dégénérescence maculaire. Premier élément.

Deuxième élément. On veut avoir la meilleure organisation de services pour pouvoir offrir à tous les patients cette gratuité et également cette accessibilité aux services. Donc, c'est plus d'une trentaine de mille injections par année qui se font. Il faut qu'on voie si le modèle qui va être mis en place va être le meilleur pour donner les soins, et c'est pour ça que ça va nous prendre encore quelques jours, parce qu'il y a des discussions qui doivent être faites, parce qu'on veut prendre une décision qui va être structurante. Et je tiens à rassurer la population, et j'ai la même considération que la députée de Taschereau, je pense que ces gens-là méritent et doivent avoir la gratuité des soins. Et c'est des discussions également qu'on doit avoir avec les différents corps professionnels pour s'assurer, lorsqu'on va l'annoncer, qu'il puisse y avoir une accessibilité assez

rapide. Et on est mieux de prendre quelques jours de plus mais d'avoir quelque chose qui va tenir la route que de s'avancer trop vite. Il y a des discussions à faire avec nos différents organismes. Et je tiens à le dire, je l'ai dit voilà huit semaines: Pour moi, la gratuité est un incontournable.

Le Président (M. Sklavounos): Question brève, réponse brève, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Comme, le ministre... Je pense qu'il fait une spécialisation du report des échéanciers. Dans tous les dossiers, j'ai des reports d'échéancier. Là, après huit semaines, on a quelques jours. Là, je comprends bien que, d'ici fin mai, j'ai un engagement qu'on va avoir une décision sur le scénario utilisé?

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

Mme Maltais: Fin mai, là, j'étends même les quelques jours, là. Je donne une chance.

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

M. Bolduc: Bien, je pense que la députée de Taschereau vise, elle, la fin mai. Mais je vais le faire dans les délais les plus raisonnables possible. Mais ce que je comprends aujourd'hui, c'est qu'elle s'attendrait à avoir une réponse avant la fin mai. Mais en temps et lieu on va faire l'annonce officiellement.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, sur ce, je vais dire merci à tout le monde et je vais suspendre nos travaux jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 11 h 59)

(Reprise à 15 h 18)

Le Président (M. Sklavounos): Alors, la commission reprend ses travaux. Nous étions rendus... Il restait cinq minutes au bloc du Parti québécois. Je pense qu'il y a une question, déjà, sur le temps. Est-ce que nous avons une entente là-dessus, au niveau... Parce que nous venons de commencer, nous sommes environ 17, 18 minutes plus tard, alors ça prend une entente pour dépasser de 18 minutes, après six heures, le temps. Est-ce qu'il y a un consentement de part et d'autre pour qu'on puisse dépasser 18 heures? Ça va, du côté de l'opposition officielle?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Du côté ministériel, ça marche? Du côté du deuxième groupe d'opposition, député indépendant également, ça va?

O.K., alors nous étions aux cinq minutes qui manquaient au bloc du Parti québécois, et je vais maintenant céder la parole à M. le député de Richelieu. Vous avez la parole, M. le député.

M. Simard (Richelieu): M. le Président, je veux m'adresser, si vous le permettez, directement au ministre. La population de Sorel-Tracy, du comté de Richelieu,

est extrêmement inquiète. Un document circule à l'intérieur du ministère de la Santé, et ce n'est pas un document banal, on parle d'orientations ministérielles, c'est donc un document qui fait état d'une réflexion de l'entourage du ministre, sur la vocation des hôpitaux en Montérégie. Je rappelle qu'il y a quatre types d'hôpitaux, dans le classement placé en annexe de ce document: l'hôpital de proximité, l'hôpital local, à spécialités locales, l'hôpital à spécialités régionales et les CHU, les grands hôpitaux universitaires surspécialisés.

D'après ce document, les hôpitaux de Granby, de Brome-Missisquoi-Perkins et de Sorel seraient rétrogradés de la position d'hôpitaux régionaux, avec l'ensemble des spécialités que cela comporte, au rang de simples hôpitaux locaux, avec la perte de nombreuses spécialités. Les médias dans ma circonscription et dans d'autres circonscriptions ne font que refléter l'extrême inquiétude de la population face à cette intention manifestée par le ministre.

Le ministre, en fin de semaine, à *La Voix de l'Est* de Granby, a informé, a tenté de calmer le jeu en disant que les services médicaux resteront près de la population. Ce n'est pour nous pas une réponse acceptable. Ce qu'il faut, c'est la garantie absolue que les services présentement donnés par l'Hôpital régional de Sorel, puisque c'est lui dont je parle, et les autres députés auront l'occasion de parler, eux aussi, de leur hôpital... — et je dois dire ici, M. le Président, et je veux bien prévenir le ministre, là, que c'est pour moi une question fondamentale, qu'il me trouvera sur son chemin au cours des prochains jours, des prochaines semaines, des prochains mois et des prochaines années si jamais il allait aussi manifestement à l'encontre des intérêts des citoyens de Sorel-Tracy et du comté de Richelieu.

Un hôpital à spécialités locales perdrait une grande partie de ses spécialités. Chez nous, par exemple, tout ce qui touche le cancer serait renvoyé à Montréal, plusieurs spécialités. Alors qu'on se plaint actuellement à Pierre-Boucher et à Montréal d'une surpopulation, on enverrait vers ces grands centres les malades de Sorel-Tracy, à 1 h 30 min. C'est inhumain, inacceptable. Nous avons un hôpital en plein développement qui a réussi à recruter au cours des derniers mois et des dernières années des spécialistes dans toutes les spécialités dont on parle ici. Il est absolument impératif, M. le ministre, que vous signifiiez de façon claire, sans ambiguïté, votre rejet de cette proposition et le maintien de la vocation régionale de ces hôpitaux.

● (15 h 20) ●

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. D'emblée, je vais vous dire, il va y avoir de plus en plus des services qui vont être donnés localement. Même, ce qu'on a prévu dans la Montérégie, on augmente les plans d'effectif d'à peu près tous les endroits.

Là où il faut faire attention, c'est quand on parle de locaux, régionaux et suprarégionaux. Je vais vous donner un exemple: l'Hôpital de Sorel se compare très bien à l'Hôpital de Rivière-du-Loup et avec l'Hôpital d'Alma, ce ne sont pas des régionaux au sens régional. Régional, comme au Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est Chicoutimi. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas des missions qui se donnent dans un établissement qui couvrent plusieurs établissements. Mais, régional, généralement c'est un établissement par secteur. Il y a des endroits où est-ce que vous avez deux régionaux. On va prendre l'exemple de

Lanaudière. Vous avez deux hôpitaux qui couvrent... un, 250 000, l'autre, 192 000 de population. Donc, ils ont toute la masse critique pour être capables d'avoir à peu près toutes les spécialités.

C'est clair qu'il n'y a pas de diminution au niveau des effectifs médicaux puis au niveau des spécialités, puis je vais vous donner un exemple. Si vous avez des urologues à Sorel, on va garder des urologues à Sorel. Je mets un bémol, ça a été discuté avec l'établissement, il y a une spécialité qui est à revoir à Sorel, c'est la chirurgie vasculaire, parce qu'il n'y a seulement qu'un chirurgien vasculaire, et l'hôpital m'a laissé savoir, lorsque lui arrêterait de faire la chirurgie vasculaire, qu'ils arrêteraient probablement d'en faire, tout simplement parce que, pour faire de la chirurgie vasculaire, ça prend des soins intensifs, pour la chirurgie vasculaire, et ça prend toute une équipe pour faire le vasculaire. Et c'est préférable pour le patient — puis c'est ça, notre intérêt — c'est préférable pour le patient que le patient aille dans un endroit où est-ce que se fait du vasculaire à gros volume. Parce que, quand tu as une population de 50 000, de maintenir un service de vasculaire, il n'y a pas le volume suffisant...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le ministre.

M. Bolduc: ...et l'Hôpital de Sorel m'en a parlé, j'en ai discuté avec eux autres, et à chaque fois on en rejase et puis on ne coupe pas le service en chirurgie vasculaire, mais c'est un service qui peut être revu. Tout le reste devrait rester au même endroit. La même chose pour Brome-Missisquoi, la même chose pour Granby, la même chose pour Val-d'Or, la même chose pour Rouyn-Noranda...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le ministre.

M. Bolduc: ...et ça va avec le nombre d'effectifs médicaux. Le nombre d'effectifs médicaux et le type d'effectifs médicaux vont avec la population et ils vont également, aussi, avec la distance, pour avoir le service. Ça fait qu'il y a certains endroits, quand les hôpitaux sont très collés, qui peuvent s'entendre entre eux autres pour offrir un service, et ça, ça se fait dans certains endroits au Québec. Mais, la plupart du temps, on va respecter... Et là-dessus je vous rassure, vous n'aurez pas besoin de vous mettre devant moi, je suis de votre côté.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. On va aller tout de suite de l'autre côté, au parti ministériel, et je reconnais M. le député des Îles-de-la-Madeleine. Vous avez la parole, M. le député.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais aborder le thème des admissions en médecine. On peut facilement faire le constat qu'il y a encore une pénurie de médecins au Québec, et ça a été principalement dû... causé par des décisions du Parti québécois dans les... à la fin des années quatre-vingt-dix. On a coupé de façon majeure les inscriptions dans les facultés. Et, selon notre évaluation, il manque environ 1 000 médecins de famille et quelques centaines de médecins spécialistes.

Donc, depuis 2003, depuis que notre gouvernement est au pouvoir, on a pris la décision d'attaquer ce problème

de front et d'augmenter de façon importante le nombre d'admissions en médecine dans les centres universitaires. On sait — on en parlait à matin — comment est important l'accès à un médecin. Et, depuis cette décision de notre gouvernement, on a doublé les admissions dans nos facultés de médecine, ce qui est extrêmement important et qui a aussi pour conséquence d'offrir une meilleure réponse à la population, aux patients par rapport à l'accès aux médecins de famille ou encore aux médecins spécialistes.

Alors, ma question, M. le Président: Est-ce que le ministre de la Santé pourrait nous faire un peu l'évolution des admissions en médecine depuis 2003?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des îles. M. le ministre.

M. Bolduc: Oui, M. le Président. Bien, comme vous le savez, en médecine, les étudiants... au niveau des facultés de médecine, il y a eu une diminution très marquée des admissions sous le régime du Parti québécois; ça a été dans le temps où il y a eu des coupures au niveau des médecins. Et en même temps ils ont diminué le nombre d'admissions dans les facultés de médecine, également diminué le nombre d'admissions dans les écoles d'infirmières et dans la majorité des professionnels de la santé. À ce moment-là, leur prévision était que les besoins allaient en diminuant. C'est une prévision qui s'est complètement... qui était complètement erronée, car les besoins ont continué d'augmenter. Et, lorsque nous sommes arrivés, dans les années 2003, on a augmenté de façon très significative le nombre d'admissions en médecine. Aujourd'hui, il se situe à plus de 800 étudiants. Donc, on est passés pratiquement du simple au double en termes... en tant que nombre d'étudiants en médecine.

Ce qui fait qu'aujourd'hui, en 2011, on commence à avoir les bénéfices de cette décision, car il a fallu augmenter progressivement. On ne pouvait pas augmenter d'une journée à l'autre de 400 à 800. Donc, on a augmenté progressivement, puis aujourd'hui on commence à avoir plus de médecins qui rentrent sur le marché du travail qu'il n'y en a qui sortent du marché du travail. D'ailleurs, les données du Collège des médecins de l'année dernière démontrent qu'on a une augmentation de plus de 200 médecins au Québec, de façon nette, ce qui est... L'année prochaine, ça va être encore mieux et, au cours des prochaines années, ça va aller en augmentant. Ce que je prédis, c'est qu'au niveau des postes de spécialistes, maintenant, en médecine de famille, on devrait être capables de combler l'ensemble des besoins d'ici à peu près cinq ans, de façon progressive. Du côté de la spécialité, c'est environ trois à cinq ans. Donc, ça s'annonce bien, suite justement à cette décision, en 2003, d'augmenter de façon rapide et significative le nombre d'étudiants en médecine.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Oui. Dans la continuité sur ce thème, on a dû, suite aux décisions d'augmenter le nombre de médecins, considérer de délocaliser justement la formation médicale de ces médecins. Et, comme le ministre nous l'a expliqué, bon, l'accroissement de nouvelles inscriptions au niveau du doctorat demeure vraiment la mesure privilégiée pour remédier à la pénurie. On sait qu'il y a l'accès, aussi, aux médecins étrangers.

Par ailleurs, cette augmentation rapide du nombre de médecins, puis un nombre important, a également eu de l'influence et des conséquences sur nos capacités d'accueil de nos centres universitaires. Il a donc fallu réfléchir et développer des nouvelles capacités d'accueil. C'est ce qui a donné naissance à des campus cliniques et des centres de formation médicale délocalisée.

Alors, est-ce que le ministre pourrait nous donner un peu plus d'information sur ces centres de formation médicale et sur la formation en dehors des campus universitaires?

● (15 h 30) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Notre gouvernement a pris d'excellentes décisions quant à la répartition des effectifs médicaux sur le territoire, et, en plus, on a décidé de former plus de médecins en région. Deux grands types de formation: la première, c'est ce qu'on appelle les unités de médecine de famille, c'est-à-dire, lorsque le médecin arrive à la fin de son cours, les deux dernières années, il peut aller les faire en région. Vous avez des unités de médecine de famille réparties partout au Québec, vous en avez, dans le coin de l'Outaouais, à Hull, à Gatineau, vous en avez également au Saguenay—Lac-Saint-Jean, vous en avez en Abitibi et en Gaspésie.

Le facteur intéressant, c'est que les gens, après avoir passé leurs deux années... le taux de rétention est au-dessus de 50 %. Et, lors de mon dernier passage à Gatineau, ce que nous avons validé, c'est que c'est plus de 90 % des gens qui sont formés à l'unité de médecine de famille à Gatineau qui demeurent par la suite à Gatineau. Donc, c'est le meilleur outil de recrutement et de rétention des médecins en région, un des plus grands succès qu'on a eus au Québec en termes de formation au niveau médical. Et, je tiens à le répéter, nous en avons dans toutes les régions, dont, entre autres, dans le secteur des régions éloignées, comme l'Abitibi-Témiscamingue, plus le Saguenay—Lac-Saint-Jean, et également la Côte-Nord, du côté de Baie-Comeau.

Le deuxième type de formation, c'est des formations qui se prolongent sur tout le cours de médecine, c'est-à-dire à partir de l'an 1 jusqu'à la résidence. On a eu dans un premier temps le campus de Chicoutimi qui était affilié avec l'Université de Sherbrooke et, voilà à peu près sept ans, on a eu... six ans, également on a eu le campus de Trois-Rivières, qui est affilié avec l'Université de Montréal.

D'ailleurs, l'année dernière, aux examens du LMCC, qui sont les examens canadiens, la première faculté, le premier endroit qui a eu les meilleures notes, ça a été le campus de Trois-Rivières. Donc, la qualité de la formation est strictement excellente.

Donc, on a augmenté notre nombre de médecins... d'étudiants qui venaient en médecine, on a augmenté le nombre de résidents et, en plus, on a augmenté le nombre d'endroits où ces gens peuvent recevoir leur formation. C'est une des stratégies qui, d'après moi, est la plus gagnante pour réussir à avoir des médecins en région et en faire la rétention, puis également avoir des gens heureux de pratiquer dans un milieu, et ceci de façon non obligatoire.

Le Président (M. Sklavounos): Bien. Merci, M. le ministre. Je vais maintenant céder la parole à

M. le député de Brome-Missisquoi. Vous avez la parole, M. le député.

M. Paradis: Oui, merci, M. le Président. M. le ministre, je vais revenir essentiellement sur les propos de mon nouvel ami d'en face, le député de...

Des voix: ...

M. Paradis: ...vieux ami d'en face, le député de Richelieu, un document qui a circulé mais qui n'est pas complet. Moi, j'hésite toujours à poser des questions ou à aller trop loin dans mon analyse quand je n'ai qu'une partie du document. Ma première question — et vous savez quel document auquel je fais référence, Orientations ministérielles, portfolio des établissements, hiérarchie des rôles, quatre types d'hôpitaux, etc. — moi, j'ai l'annexe II et l'annexe III en ma possession, de ce document-là; c'est difficile à le critiquer complètement sans le connaître complètement. À ce moment-ci, moi, j'apprécierais si on pouvait communiquer aux membres de la commission le contenu intégral dudit document.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, il y a une demande de la part de M. le député de Brome-Missisquoi. Alors, M. le ministre, vous vous engagez de transmettre ce document-là intégralement au secrétariat de la commission?

M. Bolduc: Oui, avec plaisir, avec une explication. C'est un document de travail. C'est une base seulement qui a été transférée aux établissements et aux agences pour pouvoir avoir leur impression par rapport à ça puis savoir un peu comment eux autres voyaient l'évolution de ce document. Et, je tiens à le rappeler, c'est un document de travail.

Par contre, je tiens à le dire également, c'est vrai qu'on veut préserver le plus possible localement toutes les spécialités en fonction du volume et de la qualité qui est requise, et je peux vous dire qu'au Québec, à ma connaissance, la réorganisation demande plus à ajouter des postes puis à ajouter certaines spécialités à certains endroits. Et je vais vous donner un exemple. Exemple, dans la région des Laurentides, il y avait de l'ophtalmologie seulement qu'à Saint-Jérôme, et on a demandé à avoir... qu'il y ait de l'ophtalmologie à Saint-Eustache et également à Sainte-Agathe.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Oui. En complémentaire, M. le Président. À partir du moment où les médias ont fait référence à ce document, il y a eu de l'inquiétude, là, qui s'est imprégnée dans toutes les couches sociales de la population, à partir des établissements de santé jusqu'aux usagers comme tels. Les articles de journaux ont alerté la population. Vous avez cru bon, puis je pense que c'était l'affaire à faire, de prendre les devants puis de répliquer en fin de semaine. Puis c'est M. le député de Richelieu qui l'a mentionné tantôt, là — ils vous ont cité correctement, je présume: «Les services médicaux resteront près de la population», Yves Bolduc. Puis ça, je pense que, moi, chez nous, ça a rassuré les gens.

Sauf que j'ai pris le téléphone puis j'ai contacté des médecins puis des gens qui travaillent à la fondation

de l'hôpital, etc., ils me disent: Nous autres, on n'est pas inquiets tant que — je vais commettre un impair au règlement — ...tant que Bolduc est là, on n'est pas inquiets. Mais, à partir du moment où il y a un changement de ministre, un changement... les documents que les fonctionnaires font restent dans les mystères et sont parfois appliqués par le successeur ou la successeuse du ministre.

Moi, j'étais content de ce vote de confiance là. Les gens, chez nous, vous connaissent bien; vous avez participé aux activités du centenaire cette année. Le risque que l'on a — et j'attends de voir le document au complet — si le document reste là, dans le ministère, ça inquiète la population pour l'avenir. Remarque que, sur le plan politique, ça peut être bon. Ils vont souhaiter vous garder le plus longtemps possible avec le gouvernement, là, mais personne n'est éternel dans ses fonctions.

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

M. Bolduc: C'est pour ça d'ailleurs que ce qu'on va... à l'automne, on va faire un plan quinquennal, et ça va nous permettre de planifier pour les cinq prochaines années. Et je peux vous dire — et je pense que vous allez avoir des gens qui vont surveiller ça de près, ça va devenir un dossier très intéressant — ...vous pouvez être assuré que je vais faire en sorte que les décisions soient prises pour que les services soient donnés le plus près possible de la population. Selon nos plans quinquennaux, de ce qu'on peut voir actuellement, ce n'est pas qu'il va y avoir des diminutions de postes, des diminutions de spécialités, au contraire, il y a plusieurs endroits qu'on rajoute des postes de spécialistes et on rajoute des spécialités en fonction justement du volume. Parce que la Montérégie est une région qui était sous-développée. Et vous savez que, cette année, c'est la région dans laquelle j'ai accordé le plus de postes, et, également, on a développé des spécialités à plusieurs endroits.

Un exemple. Quand je suis allé à Sorel, on m'a dit que les plans d'effectif étaient quasi complets à Sorel. Il manquait... En gynéco-obstétrique, il manquait des gynécologues. Je leur ai même dit qu'à deux gynécologues ce n'était pas suffisant à Sorel, je leur ai dit que ça en prenait au moins trois, possiblement quatre. Donc, comme vous pouvez voir, on a plus tendance à vouloir augmenter les plans d'effectif.

Le portfolio... Ce ne sont seulement que des indicateurs, et je ne m'attacherais pas sur la question: Est-ce qu'ils sont régionaux ou suprarégionaux? Parce qu'un hôpital qui est local... Puis je vais prendre l'exemple chez nous, à Alma, c'est 50 000 de population, c'est un hôpital local qui donne aussi des... qui a également des missions régionales pour certains services. Je pense que ce n'est pas une question de nom, c'est plutôt une question de services qu'on donne. Et ce qu'on veut, c'est la majorité des services sur tout ce qui est première ligne et spécialisé première ligne localement, du supraspécialisé. Puis je pense qu'il n'y a personne qui va contester — je vais prendre un exemple de Brome-Missisquoi, Granby et Sorel — qu'il n'y aura pas de neurochirurgie dans ces endroits-là, et on va garder ça à Charles-Le Moyne, il n'y en aura même pas à Pierre-Boucher. Ça fait qu'il y a une répartition au niveau de votre région des surspécialités de façon à s'assurer que chacun des citoyens, quel que soit l'endroit qu'il demeure, soit capable d'avoir les meilleurs services possible.

Ça, là-dessus, je vous le garantis, l'article dit très bien ma pensée et dit très bien les orientations du ministère, qu'on va avoir à l'automne. Après ça, c'est sûr que, si c'est un autre gouvernement un jour puis qu'il ne défend pas aussi bien les régions que moi, bien là, on va laisser les gens défendre ça à ce moment-là. Mais vous pouvez être assurés qu'on va travailler en collaboration. Et mon objectif, c'est de ramener le plus possible des services dans la Montérégie, localement.

En passant, le fait de faire ça, puis je l'ai dit publiquement, ça va aider Montréal, parce que la population qui se fait traiter à Montréal qui vient de la Montérégie, c'est les ramener par chez vous; à ce moment-là, ça va aider Montréal. Ça a été la politique que j'ai prise. J'ai été... D'ailleurs, j'ai été étonné qu'il y ait si peu de monde qui ont décrié ma position, qui est la position gouvernementale, mais je pense que ça fait du sens. Et ce qu'on veut, c'est, au niveau de Laurentides, Lanaudière, Laval et la Montérégie, ramener le plus possible les services près des gens.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Merci, M. le Président. Ce que j'ai vu du document, pour le moment, on résume les critères d'application à des nombres de population. C'est strictement numérique. Il y a un éditorialiste de *La Voix de l'Est* qui a un petit peu d'expérience à suivre les différents ministres de la Santé à travers les années et les gouvernements, il titre: *Le ministre Bolduc se fait rassurant*, mais je pense qu'on aurait intérêt à distribuer son éditorial dans l'ensemble du ministère, où il conclut, au dernier paragraphe, en disant: «Le ministère errerait à gérer à partir de normes mathématiques. Il doit le faire en tenant compte des besoins particuliers des milieux, ce qui veut dire plus ou moins d'investissements et de services selon le rattrapage à faire, la vétusté des équipements, le nombre d'habitants, le vieillissement, l'éloignement, les maladies spécifiques à certaines régions, l'effort et la capacité financière des milieux en demande, etc.» Et il conclut: «L'uniformité n'a pas sa place en santé. C'est l'accessibilité qui doit primer.» Je pense que ça aurait avantage à être affiché un petit peu partout ou distribué, là, électroniquement à travers le ministère.

● (15 h 40) ●

M. Bolduc: Il a dû prendre son texte dans plusieurs de mes présentations que j'ai faites, parce que là... entre autres, celle que j'ai faite à Brome-Missisquoi en votre présence, que j'avais faite en votre présence, parce que j'ai une diapositive... l'organisation des services, c'est d'abord, premièrement, en fonction de la géographie, il faut tenir compte de l'éloignement, qui sont nos voisins. Deuxièmement, en fonction de la population, au niveau démographique, au niveau structure d'âge. Et le troisième, qui pour moi est aussi important, c'est l'organisation des services en fonction des besoins des patients. Puis, après ça, le financement est en fonction de l'organisation des services.

Donc, il y a une logique organisationnelle qu'on s'est donnée qui fait du sens. Et moi, je pense, que ce soit n'importe quel parti qui est au pouvoir, c'est une logique d'avoir les services le plus près possible du patient, également de respecter une masse critique. Il y a certains services qu'il faut qu'ils soient dans des services spécialisés, mais, encore là, je le répète, 90 % à 95 % des services

peuvent se donner localement, que vous soyez en Gaspésie, en Montérégie ou à Montréal.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Oui. J'aurais d'autres questions à ce moment-ci, mais, pour le bénéfice des gens qui nous écoutent puis qu'il y ait un peu de suivi, là, je sais que le député de Shefford aurait des questions, puis je ne veux pas prendre... c'est vous qui donnez les droits de parole, M. le Président, là, je respecte ça. Je reviendrai avec un autre créneau que je veux exploiter tantôt.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y, allez-y, allez-y tout de suite.

M. Paradis: Tout de suite?

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y tout de suite.

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Non, non, allez-y tout de suite. Il y a une entente sur la distribution du temps qui s'est faite tout à l'heure, hors micro. Alors...

M. Paradis: Ah! O.K. Ça va, M. le Président. Je vais me plier à votre décision. Le deuxième élément que je veux toucher, c'est... touche l'agrandissement de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, que vous avez personnellement inauguré, M. le ministre, au mois de décembre, un agrandissement de 22,8 millions de dollars. Au moment de l'agrandissement, bien je pense que tout le monde s'est réjoui. Par la suite, le monde ont commencé à s'inquiéter de voir qu'il n'y avait pas d'activité dans les locaux comme tels.

Au moment de votre venue, vous aviez prévenu les gens qu'il n'y avait pas de nouvelle vocation, là, que ça donnerait plus d'espace pour les gens à l'urgence, moins de confinement, moins de contagion, plus d'efficacité dans le travail du personnel, etc. Mais là on se rend compte avec le temps qu'il y avait des demandes qui avaient été faites au ministère au moment de la demande d'agrandissement. Là, moi, j'essaie de comprendre. Ça fait juste 30 ans que je fais ce métier de politicien là, puis on m'explique que, quand le gouvernement accorde le droit ou la permission de construire, les budgets de construction accompagnent l'autorisation et les budgets de fonctionnement accompagnent également l'autorisation.

Moi, naïvement, je pensais que les budgets de fonctionnement comprenaient ce qui doit se faire à l'intérieur. Dans le cas de BMP, là, c'était clinique d'urgence, clinique externe, etc. J'ai appris récemment que budget de fonctionnement veut dire chauffage, lavage des planchers puis lavage des vitres, qu'il y a, en plus de ça, un budget d'opération. Là, moi, j'ai une population à laquelle il faut que je donne des réponses. Il y a 22 millions qui ont été dépensés, il y a 1 million quelques cent mille ou 2 millions qui viennent de la fondation, les gens ont contribué, en surplus de ce que le gouvernement a mis dedans, puis là, si je leur réponds qu'ils ont juste du fonctionnement, là — laver les vitres puis les planchers, puis du chauffage — je vais me faire crucifier sur la place publique.

Là, je vous demande: Est-ce que c'est le conseil d'administration de l'établissement qui a erré en construisant trop grand? Est-ce que c'est l'agence qui a donné des autorisations en ne sachant pas ce qu'elle faisait? Est-ce que c'est le ministère qui a autorisé, puis il ne le savait pas non plus?

Ça fait que, là, en fin de semaine, j'ai mis la main sur un document où le plan de fonctionnement, là, il est au ministère depuis 2008, au complet: clinique externe, urgence, c'est... c'est détaillé, là, poste d'infirmière par poste d'infirmière, poste de réceptionniste, poste de médecin, c'est détaillé au complet. Là, je suis pris avec ce problème-là, puis, ma première réaction, ça a été de dire: Ça ne restera pas vide longtemps. Maintenant, je ne suis pas ministre, moi, M. le ministre.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, M. le député de Brome-Missisquoi. J'ai besoin du consentement parce que la réponse va dépasser le temps alloué, alors j'aurais besoin de prendre le temps sur le prochain bloc des ministériels. Ça va? Consentement? Allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Oui, bon. La logique, c'est que, quand on fait un agrandissement de 22,5 millions, ça veut dire qu'on remet à neuf une bonne partie de l'hôpital. Ce qu'on fait à ce moment-là, on prévoit également c'est quoi, les volumes d'activité puis les types de services qui devraient se développer au cours des années qui vont suivre. Donc, vous comprenez que, si on agrandit puis on arrive trois ans après puis on dit qu'il faut réagrandir... ça fait que ce qu'on a prévu, c'est les activités au cours des 10 à 15 prochaines années.

Au niveau du budget de fonctionnement, l'établissement a déjà plusieurs activités cliniques qui vont se retrouver à l'intérieur des nouveaux locaux, donc mieux installées. Le budget était déjà prévu, parce que c'est le même personnel, et, comme de fait, il y a un ajustement au niveau du chauffage, de l'entretien, compte tenu de la superficie qui est plus grande, et l'établissement, s'il y a des nouveaux services à développer, à ce moment-là, il faut que ça se discute au niveau régional, parce que c'est une enveloppe de développement.

Mais vous comprenez que, si vous arrivez dans trois ans puis il était prévu de développer des nouveaux services, puis que vous nous dites à ce moment-là: Il faut encore faire un autre agrandissement... on a préféré prévoir au début l'agrandissement. Après ça, il va y avoir des services qui vont se développer au fur et à mesure. Puis je vais vous donner un exemple: si, à un moment donné, l'établissement décide de développer un nouveau type de clinique au niveau de la médecine de jour — je vais vous donner l'exemple, ils l'ont probablement déjà: suivi du diabète, bien, là, ça veut dire que ça prend du personnel. Là, ce qu'on dit, c'est qu'on avait déjà prévu des locaux, mais là il faut regarder au niveau régional, parce qu'il y a une répartition de l'enveloppe régionale de développement. Et ce que j'ai dit dans l'article, quand on m'a posé la question, j'ai dit: C'est une question aussi d'équité. Ce n'est pas parce qu'un établissement a des nouveaux locaux que, du jour au lendemain, on doit complètement les remplir, alors qu'il y a du développement qui va être prévu au niveau régional au cours des prochaines années, et, à ce moment-là, l'Hôpital de Brome-Missisquoi, le CSSS La Pommeraie,

va pouvoir avoir ses budgets en fonction de ça. C'est juste qu'on a prévu, pour les 10 à 15 prochaines années, les besoins d'établissement.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Allez-y, M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: M. le Président, vous me permettez de remercier M. le ministre pour ces réponses puis d'indiquer, quand même, que les demandes ont été faites en 2008 sur des chiffres de 2005. On est déjà six ans après, donc on ne peut pas parler d'un élément de surprise pour le ministère.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, sur ce, suite à l'entente intervenue entre les parties hors micro, je vais maintenant céder la parole à M. le député de La Peltrie pour un bloc de huit minutes. Allez-y, M. le député de La Peltrie, vous avez la parole.

M. Caire: Merci, M. le Président. Huit minutes, quatre sujets que je voudrais aborder, donc je fais un pacte avec le ministre, on essaie de faire deux minutes par sujet.

Le premier concerne le registre du cancer, qui a été ré-ré-annoncé par le ministère de la Santé, qui avait été initialement voulu par Philippe Couillard, promis pour 2010, non livré par la Direction de lutte au cancer. Le premier ministre, dans son discours inaugural, annonce d'abord qu'il y aura maintenant une direction nationale de lutte au cancer, donc je comprends qu'on a compris que la Direction de lutte au cancer n'avait pas fait le travail. La coalition, ce matin, réagit de façon assez timorée en disant que l'annonce est prématurée. Beaucoup d'établissements ne seront pas en mesure... en fait, plus que la majorité des établissements ne seront pas en mesure de nourrir le registre.

Quel est le plan de match? Quel est l'échéancier que vous vous êtes fixé pour une mise en place où 100 % des établissements vont participer de façon correcte et cohérente?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de La Peltrie. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, il y a des groupes, que vous fassiez n'importe quoi, ils sont toujours en opposition, ils vous demandent toujours de faire quelque chose puis, quand vous le faites, ils vous disent toujours que ce n'est pas correct. Moi, je vous dirais qu'actuellement le registre du cancer est sur les rails, les établissements ont les moyens de nous transférer les données, parce que chacun d'entre eux a déjà des données à l'interne. La discussion qu'il y a eu: Est-ce qu'on devrait avoir le même logiciel dans tous les établissements, l'Hôpital général de Montréal, le CHUM, le CHUQ, à Québec? Ce qui est important, c'est d'abord d'avoir les données et de les transférer dans un registre central. C'est la Régie de l'assurance maladie du Québec qui est responsable, et ce qu'on a demandé, c'est qu'ils transfèrent les données pour cette année, et, l'année prochaine, on va finaliser, dans le

sens qu'on va être capables de déployer complètement le dossier à tous les endroits, et également avec beaucoup plus d'indicateurs. La demande est également... Ce n'est pas juste pour 2012, c'est qu'à partir du 1er janvier 2011, toute l'année 2011, ils vont transférer des données. Pour se connecter au logiciel central, actuellement il y a 34 % des établissements qui peuvent le faire; à l'été, on va être au-dessus de 80 %, en décembre, on va être à 100 %. Et, quand on dit qu'on se laisse jusqu'en 2012, c'est pour s'assurer que le dossier... le registre va être complet et très fonctionnel. Mais entre-temps on va avoir des données.

Et, je tiens à le rappeler, je pense qu'au niveau du cancer on devrait, plutôt que de travailler en opposition — je ne parle pas pour vous, mais différents groupes — ...les gens devraient travailler dans le même sens. On veut la même chose, on veut le bien du patient et que le patient reçoive les meilleurs soins possible. Et le registre du cancer, contrairement aux détracteurs... contrairement à ce que disent les détracteurs, il va être disponible au Québec, et, cette année, on va commencer à avoir des données.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Avant de retourner la parole à M. le député de La Peltrie, nous sommes plusieurs dans cette salle, et je constate un bruit de fond. Je vais demander à tous les parlementaires et à tous les gens dans la salle de garder le bruit à un minimum parce que la salle est petite et nous sommes plusieurs.

M. le député de La Peltrie, vous avez la parole.

M. Caire: Oui, M. le Président, juste rappeler au ministre que ça avait quand même été promis pour 2010 et que ça n'a pas été livré. Et là ce qu'on constate, c'est qu'il y a encore beaucoup d'établissements qui ne seront pas en mesure de transmettre les données adéquatement.

Dans un autre ordre d'idées, la dette cumulée a augmenté. Si je me fie au dernier budget, on est passés de 742 millions à 826 millions. 826 854 000 \$, ça veut dire 3 % du budget global. Le ministre Couillard avait fait vœu, en 2007, de faire en sorte qu'il n'y ait plus de déficit autorisé à terme, qu'on... donc, dans un premier temps, qu'on stabilise la dette cumulée pour ensuite faire en sorte qu'il y ait un remboursement de la dette. Je constate que cet objectif-là n'a pas été rempli. Est-ce que vous avez comme objectif de discipliner les établissements afin qu'ils respectent leurs budgets, qu'on cesse d'augmenter la dette cumulée du ministère de la Santé? Parce qu'à 3 % du budget ça commence à faire une hypothèque sur d'autres services qui seraient quand même importants, on s'entend, là.

● (15 h 50) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député...

M. Caire: Pas loin de 1 milliard.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de La Peltrie. M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. On est en discussion actuellement avec le ministère des Finances pour faire une révision des bases budgétaires. L'écart se situe entre 100 et 125 millions de dollars. C'est pour ça qu'il y a des déficits autorisés pour certains établissements. Mais, au cours des... d'une période... puis je ne veux pas fixer de date en tant que

telle, mais je peux vous dire qu'on s'attaque actuellement avec le ministère des Finances à faire une correction au niveau des bases budgétaires.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Oui, mais y a-t-il un échecancier?

M. Bolduc: Vous savez, c'est des discussions avec le ministère des Finances, puis, je pense, ça va avec notre gestion rigoureuse. Mais je peux vous assurer que, là-dessus, c'est un élément qu'on tient compte, c'est un élément, pour nous, qui est important. Mais ce qu'il est important de voir, là, c'est un écart d'environ 100 millions de dollars sur un budget de près de 30 milliards de dollars. Mais, encore là, nous avons la volonté de le ramener au niveau de... en équilibre de façon à ce qu'il n'y ait plus de déficit qui soit autorisé.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Oui. Sur ce sujet-là, mon dernier commentaire. Il y a quand même quatre ans, on nous avait dit qu'au niveau du ministère de la Santé les déficits autorisés, c'était l'exception qui confirmait la règle, et qu'il était... il y avait une volonté claire du ministère de faire en sorte qu'il n'y en ait plus du tout. Donc, quatre ans plus tard, on constate que... Je comprends que le ministre nous dit: Ce n'est pas énorme sur le budget global, mais c'est toujours le même argument. Sur le budget global, ce n'est pas énorme, sauf que le budget global augmente, lui, de façon astronomique. On est rendus à 30 milliards. Il faut se souvenir qu'il y a 15 ans c'était 30 %. Aujourd'hui, on est à, quoi, 45 % et plus. Et, si on le rapportait en termes de services ou d'équipements à acheter, si on le remettait dans une perspective de soins, cet écart-là de 100 millions, il est critique. Donc, je réitère: Est-ce qu'il y a une volonté ministérielle que ça cesse, cet endettement-là?

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

M. Bolduc: Un, au niveau des soins, ça n'a pas d'impact parce que c'est basculé dans le déficit, donc ça n'a aucun impact au niveau des soins, premièrement.

Et, deuxièmement, oui, il y a une augmentation du budget du gouvernement parce qu'on a fait une récupération sur les coupures du Parti québécois, il y a déjà plusieurs années, et on a réinjecté 11 millions de dollars dans le réseau de la santé. Et il y a plus de services aujourd'hui qu'il y en avait voilà 10 ans, ça, je peux vous le dire, je suis médecin puis j'ai pratiqué pendant tout ce temps-là. Donc, aujourd'hui, il y a plus de services, il y a plus de technologies, et, quant à moi, également, les patients reçoivent des meilleurs soins tout simplement parce qu'on a des meilleurs outils pour travailler... pour soigner ces gens-là.

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

M. Caire: J'entends le médecin, puis c'est bien correct. Je voudrais aussi entendre le gestionnaire, parce qu'il n'y a peut-être pas moins de services, mais il y a plus

de dettes pour la prochaine génération. Il y a quelqu'un qu'il va falloir qu'il paie ça, là, c'est sûr. À moins que vous me disiez qu'à un moment donné il va y avoir une opération chirurgicale, on va retirer ça du budget puis ça va disparaître. C'est 1 milliard de dollars qu'il y a quelqu'un qui va devoir payer un jour.

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

M. Bolduc: Au niveau de la santé, la croissance des coûts actuellement est sous contrôle, elle est à 5 %, ce qui est une croissance qui est correcte et qui va permettre au système de santé de vivre pendant 15 à 20 ans, selon les prévisions économiques.

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

M. Caire: Oui. Le ministre sait que la croissance réelle, c'est plus que 5 %. Je veux dire... Je l'invite d'ailleurs à relire le document qui avait été déposé par Mme Monique Jérôme-Forget, qui avait amené le comité Castonguay. On dépassait les 5 %. Dans le réel, on dépassait le 5 %. Il faudrait...

M. Bolduc: M. le Président, est-ce que je peux faire un commentaire?

M. Caire: Il faudrait... mais je vais vous laisser répondre...

Le Président (M. Sklavounos): Monsieur...

M. Caire: ...si je peux finir ma question.

Le Président (M. Sklavounos): On va laisser M. le député de La Peltrie terminer, puis après ça ce sera à M. le ministre.

M. Caire: Il n'en demeure pas...

Le Président (M. Sklavounos): Il reste une minute, M. le député de La Peltrie, alors il faut...

M. Caire: À mon bloc?

Le Président (M. Sklavounos): Oui, oui, à votre bloc. C'était de huit minutes seulement.

M. Caire: Il y a des sujets dont on ne parlera pas.

Le Président (M. Sklavounos): Ça passe vite.

M. Caire: Mais il n'en demeure pas moins qu'il y a une dette qui grossit, qui frise le 1 milliard de dollars. Est-ce que cette hémorragie-là va être endiguée, et, si oui, dans combien de temps?

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

M. Bolduc: M. le Président, quand ils disent qu'il y a eu une croissance de plus que 5 %, c'est parce qu'on a fait de la récupération suite, justement, aux coupures

du Parti québécois, et, comme de fait, il a fallu injecter plus d'argent. Mais actuellement la croissance du réseau de la santé est à 5 %. Donc, on va être capables de garder une vitesse de croisière qui est tout à fait acceptable pour faire survivre le système de santé, et également ça va nous permettre de stabiliser la dette au niveau de notre ministère, parce qu'on va arriver avec notre 5 %.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, c'est le temps pour le député de La Peltrie. Merci, M. le député de La Peltrie. Je vais maintenant céder la parole... C'est le moment de l'ADQ. Alors, M. le député de Shefford, vous avez la parole.

M. Bonnardel: Merci, M. le Président. Chantal Vallée, de *La Voix de l'Est*, a écrit un article la semaine passée, le 5 avril, sur un document ministériel qui a été mis à la disposition de différents hôpitaux de la Montérégie, un document qui venait d'un fonctionnaire du ministère de la Santé qui... après ça, M. Gendron, comme nouveau directeur de la Montérégie, a pris possession... et qu'a laissé filer un peu dans les différents hôpitaux du Québec, et c'est là que le drapeau s'est levé et que j'ai mentionné qu'il était irresponsable de la part du ministère de la Santé, du ministre lui-même, de prendre conscience qu'on pouvait, par une mesure numérique d'une population de 50 000 à 75 000 ou de 100 000 à 200 000, de retirer des spécialités dans les hôpitaux. Si je parle de l'Hôpital de Granby, bien c'est parce qu'on dessert, selon les chiffres, à peu près 93 000 personnes, la population de la région, puis, si on inclut la région de Brome-Missisquoi, pour des services que nous offrons à cette population, on parle d'environ de 100 000. Granby a une résonance... a de la médecine nucléaire depuis 2008, a une nouvelle urgence depuis l'an dernier, souhaite avoir un centre mère-enfant.

Et que ces orientations ministérielles là puissent être perçues comme une nouvelle façon de faire pour les services qu'on offre à la population de la Montérégie, et j'ose croire que ce n'est pas celle du Québec en entier... La première question que je vais poser au ministre de la Santé... Parce que les gens de Brome, le député de Brome-Missisquoi le disait, tant que le ministre de la Santé sera en poste, nous n'avons pas peur. Moi, j'ai quand même peur. Parce que, même si le ministre de la Santé me dit... Le ministre de la Santé se fait rassurant: Les services médicaux resteront près de la population. Je suis un peu inquiet, moi, de voir qu'en arrière de lui il puisse y avoir des gens qui ont pensé à ça et que, même... Là, je ne vous lirai pas ce qu'Yves Gendron a dit sur l'Hôpital de Richelieu ou ce qu'il pense peut-être; moi, je trouve ça abominable.

La première chose que je vais dire au ministre: Est-ce qu'il entend laisser ce document encore circuler dans l'agence, aux hôpitaux de la région? Est-ce qu'il entend mettre fin à cette orientation ministérielle là immédiatement?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, il n'y a jamais eu d'orientation ministérielle de couper des services et de... Premièrement, celui qui a été responsable, c'est la façon dont interprète le député de Shefford le document. Et puis, juste pour clarifier les connaissances du réseau

de la santé au niveau du député de Shefford, il y a plus de gens de Granby qui vont se faire traiter à Brome-Missisquoi que de gens de Brome-Missisquoi qui vont à Granby. C'est un effet qu'on a là-bas. Et puis, les gens de Brome-Missisquoi et de Granby ne vont pas à Montréal, mais ils vont plutôt à Sherbrooke. Juste pour clarifier, là, pour être certain qu'on ait les mêmes connaissances à ce niveau-là.

Il n'est pas question de baisser les effectifs médicaux dans ces secteurs-là, c'est au contraire: on augmente les effectifs médicaux. Le document de travail, c'est un document de travail pour la répartition des effectifs médicaux pour les cinq prochaines années et c'est un document juste d'orientation, dans lequel il y avait des idées, qu'on consultait les gens.

Également, puis je le reconnais, quand on a parlé, comme exemple... exemple, l'obstétrique à Sorel, je l'ai dit, il va toujours rester de l'obstétrique à Sorel pour les 30 prochaines années. Quand vous avez plus de 100 accouchements par année, c'est un service qui est facilement viable, il n'y aura jamais de problèmes du côté de Sorel. Ça a été des mauvais exemples qui ont été pris. Et, là-dessus, j'ai fait le correctif dans *La Voix de l'Est*, et ce que j'ai dit dans *La Voix de l'Est*, c'est écrit, et je le confirme aujourd'hui, c'est ce que j'ai dit et c'est ce que je crois que nous allons... c'est ce que je crois que nous devons faire.

Pour le ministère, également, c'est une meilleure répartition des effectifs médicaux. Quand vous avez une population de 93 000, comme dans le coin de Granby, vous avez le droit à tous les services de base, la même chose au niveau de Brome-Missisquoi. La différence, c'est le nombre d'effectifs médicaux que vous avez pour votre population. Exemple: si vous avez 93 000, bien vous allez avoir deux urologues; celui qui a 50 000, il va avoir un urologue. Si, à Brome-Missisquoi il y a un urologue puis, à Granby, il y a deux urologues, on peut-u s'entendre que les trois peuvent se couvrir, quand il y en a un qui part en vacances, pour s'assurer que les services soient donnés?

Donc, c'est le sens. Et puis, moi, je pense qu'on prend nos responsabilités. Et, je tiens à le dire, ça va être les orientations pour les cinq prochaines années.

Quand le député de Shefford me dit: Est-ce que je peux mettre ça de côté? Est-ce que le député de Shefford veut que je mette de côté les effectifs que je lui donne de plus à Granby, que je donne de plus à Sorel, que je donne de plus à Saint-Hyacinthe? Je donne cinq... deux radiologistes de plus à Anna-Laberge, je donne des orthopédistes de plus à Saint-Jean-sur-Richelieu. Vous avez tous plus de médecins dans la Montérégie. Est-ce que vous voulez que je mette ça de côté? Si la réponse est non, laissez-nous travailler le document avec les établissements, et je vous garantis que vous allez avoir plus de postes et plus de médecins.

Juste en passant, je suis le ministre qui a dit qu'il fallait faire une équité entre les régions, j'ai dit: Laurentides, Laval, Lanaudière, la Montérégie devraient être rééquilibrées parce que leur population était trop en croissance par rapport aux effectifs médicaux qu'ils avaient, et on fait le correctif.

Juste pour vous dire, quand je l'ai sorti, j'étais à Laval. C'est sûr que les gens ont réagi un peu: Est-ce qu'il va le faire? C'est ce qu'on a fait avec les plans d'effectif. Ça fait que, si le député de Shefford veut dire qu'on veut mettre ça, ce travail, de côté, là, ça, ça veut dire qu'il enlève possiblement 70 à 80 médecins de plus l'année prochaine pour le secteur de la Montérégie. Je sais que ce n'est pas

ça que voulez. C'est juste pour vous montrer que notre volonté, c'est de donner des services le plus près possible de la population et de consolider les services, et non pas de les enlever ou de les diminuer.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Juste un petit rappel à tous les parlementaires. Questions et réponses doivent être adressées à la présidence pour le bon déroulement des travaux. M. le député de Shefford, vous avez la parole.

M. Bonnardel: M. le Président, j'ai toujours prôné la complémentarité entre les hôpitaux de Cowansville et de Granby. Ça, je pense que le député de Brome-Missisquoi le sait très bien depuis quatre ans. Pour moi, c'est important.

Maintenant, ce que je crois comprendre, c'est que le ministre de la Santé contredit un peu ses orientations. Et là il me dit: Non, le document, on va le laisser en place. On va travailler, tout le monde ensemble, encore.

J'ai une autre question pour lui, assez rapide. Est-ce que le ministre était au courant de ce document?

● (16 heures) ●

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

M. Bolduc: M. le Président, j'ai travaillé personnellement avec les équipes pour les effectifs médicaux. Et, si vous avez autant de médecins, là, il faut que vous me remerciez. Moi... Moi, je vous dis...

Une voix: ...

M. Bolduc: Et l'orientation... l'orientation du document, quant à moi, l'orientation est assez claire dans le document. On ne coupera pas de spécialités et on n'enlèvera pas de... Puis, juste pour vous dire, c'est des documents qui ont été présentés au niveau des... C'est un PowerPoint que vous avez. Ce sont des sujets de discussion qui ont été mis sur la table. Mais je peux vous dire que le vrai document, ce sont les effectifs médicaux qu'on a annoncés et qu'on va continuer d'annoncer dans vos secteurs. On veut que vous ayez plus de médecins et de chirurgiens.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: ...M. le Président, j'avais une question fort simple qui a duré 15 secondes. Je vais reposer la même question. Est-ce que le ministre était au courant de ce document, de cette orientation ministérielle qui venait du ministère de la Santé, qui s'est rendue aux agences et que *La Voix de l'Est* a mise au vu et au su de la population? Est-ce qu'il est au courant, oui ou non?

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

M. Bolduc: La réponse, c'est, puis je tiens à le dire encore: L'orientation, nous l'avons travaillée ensemble. Mais l'orientation, ce n'est pas de couper des services, c'est de... tout simplement d'offrir pour la population tout l'ensemble des services. La finalité, ce n'est pas d'en enlever, c'est d'en mettre plus.

M. Bonnardel: Bon...

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: ...je dois comprendre, c'est que le ministre ne veut pas me répondre, s'il était au courant ou non de cette orientation. Mais on sera minimalement trois à suivre ce dossier de près dans les prochaines... dans les prochains mois et les prochaines années, parce qu'assurément, si cette orientation-là a été mise en place par des gens du ministère, il va falloir surveiller de près nos intérêts dans chaque région du Québec.

M. Bolduc: ...pas rassuré du tout.

M. Bonnardel: Une autre question, M. le Président... Non, non, bien... là, c'est parce que je vous ai posé la question deux fois pour l'orientation, vous ne m'avez pas répondu.

M. Bolduc: ...

Le Président (M. Sklavounos): ...on va permettre à M. le député de Shefford de terminer...

M. Bonnardel: On va... On va continuer sur un autre dossier.

Le Président (M. Sklavounos): ...vous pouvez revenir par la suite, M. le ministre.

M. Bonnardel: Le manque d'effectifs, M. le ministre, chez les paramédicaux de Sherbrooke, je voudrais peut-être une réponse assez rapide. Il y a un rapport qui a été dévoilé, le rapport Gauthier, en 2007, sur les effectifs. Et une problématique qu'on vit — ambulanciers — une problématique qu'on vit à Sherbrooke et dans la région, Mme Monique... Mme la présidente des relations internationales avait rencontré certains intervenants à la fin de l'été dernier et n'a pas donné suite à aucune des demandes, qui étaient le manque évident de véhicules, incluant le personnel, la mauvaise gestion du Centre de communication santé Estrie, les transferts interhospitaliers, la zone de faction en surcharge de travail.

J'ai une question fort simple. Est-ce que le ministre, premièrement, peut peut-être répondre aux gens de Sherbrooke et de la région, surtout aux ambulanciers, qui ont des problématiques avec les... ce que j'ai mentionné? Mais est-ce qu'il entend aussi prendre acte du rapport Gauthier, dévoilé... qui a été déposé en décembre 2010, pardonnez-moi, de l'AETMIS, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Oui, on va prendre acte, et on va prendre le temps de l'étudier comme il faut, puis on va prendre les mesures nécessaires pour améliorer le système ambulancier au Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: Oui. Parce que, rapidement, ça fait quand même trois mois, M. le Président, que la ministre

responsable de l'Estrie avait pris connaissance de cette problématique. Ce rapport a été déposé aussi juste avant... avant les fêtes. Alors, j'espère que rapidement le ministre de la Santé pourra se pencher sur la situation, autant avec les ambulanciers de Sherbrooke, de la région et de l'agence concernée.

Un autre dossier, M. le Président... Combien de temps il me reste encore?

Le Président (M. Sklavounos): Il vous reste encore une dizaine de minutes, M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: Merci, M. le Président. Je veux amener le ministre de la Santé sur les médicaments et la règle des 15 ans sur les médicaments. La règle des 15 ans, c'est une politique industrielle qui a été mise en place en 1994. Je pense que le ministre de la Santé... Puis c'est une règle qui est unique, là, au Québec. Elle a surtout été incitée... Elle a été créée pour inciter les multinationales pharmaceutiques à faire de la recherche au Québec. On a investi des millions et des millions de dollars pour avoir ces firmes, ces grandes firmes pharmaceutiques chez nous. Mais on sait que le... le générique peut... le médicament générique peut coûter moins cher. Ça, le ministre le sait très bien.

Et, selon l'Association canadienne du médicament générique, cette règle devrait peut-être, minimalement, au moins, être revue. Peut-être que le ministre de la Santé pourrait nous dire aussi que dans les prochains mois il souhaiterait aussi peut-être revoir cette politique, parce que, bon, elle avantage les grandes firmes sur une période de 15 ans, mais, selon l'association, ferait perdre près de 160 millions sur une période des quatre... sur les quatre prochaines années, des coûts qui sont quand même énormes dans un contexte budgétaire difficile, pour aller chercher des sous additionnels pour financer le système de santé. Ça, c'est un autre dossier. Alors, j'aimerais entendre le ministre sur cette question-là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, je crois que vous avez pris connaissance pour... l'été dernier, ce qu'on a fait au niveau des compagnies génériques, c'est-à-dire qu'on a réussi à avoir une nouvelle entente qui va nous permettre d'économiser plusieurs dizaines de millions de dollars au réseau de la santé. Cette année, l'économie devrait se chiffrer entre 160 et 190 millions de dollars, par la décision administrative que nous avons eue de payer les médicaments seulement qu'à 25 % plutôt qu'à 50 % du coût de l'original.

Pour ce qu'il s'agit des médicaments innovateurs, comme de fait, au niveau de la politique économique du médicament au Québec, il y a eu une... il y a une décision qui a été prise d'offrir aux compagnies une protection allongée qui va jusqu'à 15 ans. En retour, il y a des investissements qui se font. La différence au niveau économique: en Ontario, il y a beaucoup d'investissements dans les compagnies génériques, donc ils favorisent les compagnies génériques. Au Québec, on a plus d'investissements du côté des compagnies innovatrices, en tout cas au niveau de la recherche, et inutile de vous dire qu'on a positionné le Québec comme étant un centre de recherche mondial au

niveau du médicament. Et là-dessus, pour le moment, il n'est pas... on n'est pas... envisagé de revoir la règle des 15 ans, mais c'est quelque chose qui nous est posé souvent comme question. Mais, pour le moment, c'est une règle qu'on devrait maintenir parce qu'on veut maintenir une recherche au niveau des médicaments innovateurs.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: M. le Président, si je peux juste lire rapidement, je n'ai pas beaucoup de temps, un commentaire politique... On va lire Sophie Cousineau, de *La Presse*, qui dit: «La décision de la société pharmaceutique Merck Frosst de fermer son centre de recherche de Kirkland est de celles-là. [...] Elle vient donner raison aux fabricants de médicaments génériques. Ceux-ci affirment que le Québec perd au change lorsqu'il privilégie l'achat au prix fort de médicaments d'origine pour favoriser le maintien de cette industrie de pointe au Québec. Et cela, grâce à la fameuse "règle de 15 ans".»

Est-ce que le ministre entend au moins peut-être revoir cette mesure dans les prochains mois? Parce que c'est quand même des montants substantiels, je le répète, et plusieurs commentateurs politiques l'ont dit lorsqu'on a eu le rapport, et dont Mélanie Bourassa, professeure de droit pharmaceutique à l'Université de Sherbrooke. Je pense que c'est quand même une politique qui est unique. Alors, est-ce que le ministre entend revoir ça?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. C'est une politique qui est unique au Québec mais qui nous favorise au niveau de la recherche. Et, pour un commentateur qui serait d'accord pour abolir la règle, vous allez en trouver un qui est d'accord pour la maintenir. Ça fait que c'est une décision politique, c'est une décision économique, et je n'ai pas l'intention, dans les prochains mois, de revoir cette position de notre gouvernement.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: M. le Président, André Hamelin, qui est chercheur à l'INRS-Urbanisation, dans *La Presse* du 16 juillet 2010 — c'est un des auteurs qui avaient été mandatés par le ministère des Finances pour étudier les impacts économiques de cette mesure: «Cinq ans plus tard, il est catégorique: "Les conclusions de 2005 sont désuètes. Il me semble extrêmement probable que certaines conclusions de l'étude de 2005 soient inversées."» Selon lui, «il serait relativement simple pour le ministère des Finances de mettre l'étude à jour. C'est la recommandation que je ferais sans hésiter si j'étais consulté.» C'est quand même quelqu'un, là, qui était mandaté par le ministère des Finances.

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

M. Bolduc: Bien, M. le Président, c'est une opinion, puis, comme il y a d'autres personnes qui vont écrire des opinions dans le journal, qu'on doit maintenir cette règle pour favoriser la recherche. Et je vous rappellerai

qu'au Québec on est en train de développer le centre de recherche du CHUM, le centre de recherche au niveau du CSUM, le centre de recherche de Sainte-Justine, le centre de recherche du CHUS, le centre de recherche du CHUQ, et ce sont tous des centres de recherche qui ont avantage justement à ce que les compagnies s'intéressent à investir au Québec. Et je peux vous dire, ça fait une différence dans nos investissements, et le Québec est positionné comme étant une société innovante.

Et on favorise également la recherche médicale du côté des médicaments innovateurs, ce qui ne veut pas dire qu'on n'a pas des bonnes relations avec les médicaments génériques. Mais encore là, comme je vous dis, le positionnement du Québec, c'est notre créneau, c'est la recherche au niveau médical, et on favorise, c'est vrai, avec la règle des 15 ans, cette recherche au Québec.

M. Bonnardel: ...

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: ...ce serait sûrement intéressant d'avoir un examen indépendant de cette politique dans les prochains mois, parce que je pense que la plupart de la population serait gagnante dans ce contexte-là.

Je vais terminer, M. le Président, dans les prochaines minutes, sur un dossier. J'ai parlé cet après-midi au ministre sur les dépenses de ces organismes et fonds, qui sont à hauteur de près de 8, 9 milliards de dollars sur le budget total de 29 milliards du ministère de la Santé.

Dans le 62 % d'effort que le gouvernement devait faire au dépôt du budget d'avril 2010, on parlait d'une révision systématique de tous les programmes. Quand on chapeaute le plus gros ministère au Québec, 30 milliards, il serait intéressant de questionner et de savoir si le ministre de la Santé a entrepris dans les dernières... dans les derniers mois une révision des programmes de son ministère, à savoir au-delà... au-delà du 10 % qu'on a mis dans le budget pour baisser les frais d'administration et 25 % des frais de formation, voyages — celle-là, je la sais — est-ce qu'il y a eu d'autre chose qui a été entrepris pour réviser systématiquement tous les programmes, organismes, fonds, et s'assurer que ces organismes et fonds vont être assujettis à un contrôle des dépenses qui n'est pas mis en place présentement?

Je vous l'ai mentionné cet après-midi, le Vérificateur général l'a dit aux parlementaires en février 2010, je vous le redis explicitement: Présentement, il n'y a aucun contrôle des dépenses sur ces organismes et fonds. Est-ce que le ministre a entrepris de réviser ces programmes et de s'assurer que les organismes qu'ils chapeautent vont être bien... vont bien gérer l'argent du ministère et des contribuables?

● (16 h 10) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. M. le ministre.

M. Bolduc: Premièrement, M. le Président, on n'est pas un organisme comptable. Les finances sont importantes, mais on n'est pas un organisme comptable, on est un organisme de soins. Puis je pense que les Québécois s'attendent à ce qu'on donne des soins de qualité à un prix raisonnable. Il sait que... Quand le député de Shefford dit qu'on dépense trop, je vous ferai remarquer que le

Québec est la province qui coûte le moins cher par habitant de tout le Canada, et on est 400 \$ de moins que la Colombie-Britannique.

Deuxièmement, c'est qu'on fait des travaux d'augmentation de la performance. Et, s'il parle de révision des processus, de révision des façons de faire, vous avez un beau reportage, hier, à TVA, qui explique, puis j'en parle depuis déjà un certain temps, que l'Hôpital Pierre-Boucher a passé de huit cataractes à 15 cataractes par jour avec le même personnel, donc il a doublé sa performance, il a doublé sa productivité.

Également, au niveau de tous nos organismes, oui, il y a des révisions de processus. On a revu, au niveau du médicament, la règle pour les génériques qui va nous faire une économie entre 160 et 190 millions de dollars. On revoit des processus au niveau de toutes les organisations. En commission parlementaire sur le projet de loi n° 127, j'ai indiqué qu'on verrait les fonctions de chacun des niveaux — au niveau local, au niveau régional et au niveau national — de façon à éliminer les doublages.

Donc, le ministère et tout le réseau de la santé est engagé sur un travail d'améliorer la performance, d'améliorer les façons de faire. Et, moi, je recommanderais au député de Shefford, s'il veut, je pourrais lui faire parvenir des livres sur le «lean management»...

M. Bonnardel: Ah...

M. Bolduc: ...qui permettent d'augmenter de loin la productivité au niveau du réseau de la santé, et ça nous permet en même temps de revoir et d'enlever ce qui n'est pas nécessaire. Donc, oui, il y a des révisions de programmes, mais pas d'y aller avec... comme de la boucherie où ce qu'on va tout couper. On y va de façon rationnelle, et on veut faire plus avec les mêmes ressources et réorganiser nos ressources.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Il reste deux minutes à votre bloc. Alors, pour la question et la réponse, M. le député de Shefford, allez-y.

M. Bonnardel: Merci, M. le Président. Le ministre de la Santé dit: On n'est pas un organisme comptable. C'est grave, ça: On n'est pas un organisme comptable. Puis, loin de moi de parler de boucherie; on parle d'usagers puis de patients. Mais, quand on parle de l'État dans l'État qui est le ministre... le ministère de la Santé, qui coûte 30 milliards de dollars, je m'excuse, mais me faire dire qu'on n'est pas un organisme comptable...

Les organismes, les fonds reçoivent le financement de qui? Ils reçoivent le financement du monde qui nous écoutent, qui donnent 0,45 \$ par piastre d'impôt à Québec, qui vont payer une contribution santé cette année, qui vont payer une assurance médicaments. Qu'on ne me dise pas qu'on n'est pas un organisme comptable, puis finalement on dépense, ce n'est pas grave, on reçoit l'argent, puis au bout de la ligne c'est le contribuable qui paie.

Quand je demande une révision systématique des programmes, est-ce que le gouvernement a entrepris de revoir ses façons de faire? Aux services de première ligne, pourquoi qu'il y a 30 % du monde qui n'ont pas de médecin de famille? Pourquoi on attend encore aussi longtemps dans les urgences au Québec, quand ça a été une des premières mesures que le gouvernement libéral s'est fait

élire en 2003? Qu'on ne me dise pas: On n'est pas un organisme comptable.

Ça fait que finalement on ne sait pas compter au ministère de la Santé. On ne sait pas compter. Parce que je regarde les organismes et fonds, là, il y en a 9 milliards là-dedans. Ça a coûté 30 milliards l'an prochain. Ça a coûté 7,8 % de croissance des dépenses en santé l'an dernier, puis là on essaie de nous faire croire qu'on va avoir un 5 % cette année. Je m'excuse, ça fait huit années en ligne que je me fais répéter la même affaire par le gouvernement libéral. Ça fait huit années en ligne que vous n'atteignez pas... vous n'êtes pas capable d'atteindre l'objectif de croissance des dépenses.

Dites-moi pas que vous n'êtes pas un organisme comptable. Vous gérez le plus gros budget du Québec. Ça va coûter 40 milliards dans cinq ans. Dites-moi pas que vous n'êtes pas capables de compter. L'argent que vous versez aux agences, qui est versé après ça aux CSSS pour les services aux usagers, il faut savoir comment ça coûte parce que c'est beaucoup de sous. Voilà!

Le Président (M. Sklavounos): Courte réplique, M. le ministre. 15 secondes.

M. Bolduc: M. le Président, s'il y a un ministère qui sait combien ça coûte, tous ces services, c'est le ministère de la Santé. Nos comptabilités sont très bien tenues, et ça va en relation avec les services aux patients.

Également, je ne sais pas où était le député de Shefford dans les dernières années, mais, s'il y a un endroit où est-ce qu'on a revu nos manières de faire, aux soins à domicile, au niveau des urgences, au niveau des blocs opératoires, au niveau du cancer, au niveau de la chirurgie, c'est le ministère de la Santé.

Et ce n'est pas pour rien qu'on a lancé une manœuvre au niveau de ce qu'on appelle le «lean management»...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le ministre.

M. Bolduc: ...et j'inviterais le député de Shefford, plutôt que de dire comme ça qu'il ne se fait rien, plutôt aller voir son établissement à Granby, et Granby va vous expliquer tout ce qu'ils font actuellement pour améliorer la productivité et la performance. Et vous demanderez à Granby, voir si on n'a pas le contrôle des chiffres. On a le contrôle des chiffres.

Le Président (M. Sklavounos): Merci.

M. Bolduc: Et je vois que le député de Shefford... j'espère que, si jamais on arrive avec une limitation de la croissance à 5 %, que le député de Shefford va reconnaître qu'on est des bons gestionnaires.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci, M. le ministre. Je dois aller...

M. Bolduc: Est-ce que le député de Shefford...

Le Président (M. Sklavounos): ...de l'autre côté.

M. Bolduc: ...va le reconnaître qu'on est des bons gestionnaires?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Merci, M. le ministre. Je dois aller de l'autre côté et je cède la parole immédiatement à M. le député de Lévis.

M. Lehoullier: Bien, M. le Président, avec ce que je viens tout juste d'entendre, je veux juste réitérer — parce que c'est toujours les mêmes affaires qui reviennent: on dépense sans compter, etc. Alors, je fais juste rappeler, comme je l'ai fait ce matin, que nous dépensons moins par personne que toutes les autres provinces canadiennes, 4 603 \$ comparativement à 5 154 \$; que, de l'autre côté de la frontière, chez nos voisins du Sud, on dépense 7 290 \$ par habitant; et que ça, c'est la réalité. Donc, si on tirait l'argent par les fenêtres, j'imagine que ça coûterait plus cher peut-être qu'aux États-Unis puis plus cher que dans l'ensemble du reste du Canada. Ça, c'est un premier élément.

Et, malgré tout ça, malgré tout ça, parce que c'est ce qu'on entend le plus dans les commentaires qu'on reçoit... c'est que, malgré tout ce qui a été injecté, il y a encore des effets de la pénurie de médecins qui se font ressentir, c'est sûr, parce qu'on a fait face à quoi? Des retraites de médecins qui ont été combinées à la diminution des admissions en médecine. Mais il n'y a pas seulement que ça, c'est qu'il y a un autre élément qui est aussi majeur, c'est que l'évolution démographique a fait en sorte que maintenant les personnes de 65 ans et plus représentent 30 % de la population, alors qu'ils en représentaient 15 %; puis, à 65 ans et plus, c'est 10 000 \$ par année. Alors, si on traite une personne de 65 ans et plus, on va-tu lui dire: Tu as droit juste à 1 000 \$ par année en traitement, puis après on n'en donne plus? Ce n'est pas comme ça que ça marche, un système de santé, malheureusement.

Alors, à partir de ce moment-là, qu'est-ce que le gouvernement a fait pour corriger le tir? Et là encore une fois il faut défaire un vieux mythe, parce qu'il y a toujours une pénurie de médecins au Québec, hein, on le sait, il y a toujours une pénurie de médecins. Mais il faut quand même comprendre que cette pénurie de médecins là, en plus de toutes les retraites qu'il y a eu, en plus des diminutions des admissions en médecine, en plus de l'évolution démographique et de l'explosion des clientèles, c'est ça qui arrive dans nos institutions actuellement, c'est ça qui se produit, alors, qu'est-ce que le gouvernement a fait pour corriger le tir? Et les gens n'ont pas l'impression que ça se fait, savez-vous pourquoi? Parce que les besoins sont en croissance, puis la croissance est constante, et on ne peut pas dire à des gens: Bien là, on coupe parce qu'on a atteint le maximum de ce qu'on peut faire. Je pense que les gens ont droit d'avoir des soins de santé partout au Québec. Alors, c'est ce qu'on fait.

Alors, qu'est-ce qui s'est fait? Augmentation des admissions en médecine, qui est passée de 452 en 1998 à 850 cette année. Il y a eu 850 admissions en médecine, c'est le double de ce qu'il y avait en 1998. Augmentation du nombre de postes en résidence, qui est passé de 419 places à 875 places en 10 ans; une augmentation de 108 %. Ça, c'est sans compter le plan quinquennal pour les effectifs médicaux qui vise à permettre aux établissements de planifier à long terme l'offre de service — et ma question va porter justement là-dessus — puis aussi la mise en oeuvre du programme visant à mieux intégrer les médecins étrangers au réseau de santé québécois.

Alors, tout ça fait en sorte que les gens actuellement, évidemment, quand vous êtes dans votre milieu, vous ne percevez pas ces efforts considérables qui ont été faits actuellement, qui sont faits actuellement. On ne les perçoit pas, pourquoi? Parce que les besoins augmentent, c'est aussi simple que ça. La clientèle augmente et les besoins en service augmentent. Je l'ai dit tantôt, les gens ont une vie active, ils vivent 20 ans de plus qu'en 1930, 20 ans de plus de vie. Alors, à un moment donné, quelque part, ça finit par augmenter les coûts et ça fait en sorte... et c'est la raison pour laquelle le gouvernement du Québec a mis la contribution santé et des argentés qui ne seront pas retournés. Tu sais, les gens disaient... les gens nous disent: Oui, mais ça s'en va dans les coffres de l'État. Ça ne s'en va pas dans les coffres de l'État, ça s'en va dans des services directs à la santé, la contribution santé.

Et je tiens à le réitérer: Il n'y a aucun autre parti politique qui a proposé quelque solution que ce soit pour maintenir... pour maintenir... pour maintenir les services de santé. Ah bien, c'est sûr que, si on propose des coupures, je n'ai pas de trouble avec ça. Mais, à partir de ce moment-là, moi, je me dis: C'est ça, la vraie réalité.

Alors, moi, ma première question au ministre — parce que, moi, ce qui m'intéresse un petit peu — c'est: Qu'est-ce qui va se passer pour les 10 prochaines années? Parce que, même si on regarde ces efforts colossal qui ont été faits pour compenser les mises à la retraite et les baisses d'admissions, même avec ces efforts colossal là, c'est une augmentation de 100 %, là. Il y a 100 % plus de nouveaux médecins, là, sur le marché, là, maintenant. Il y en a... Hein? Alors donc, ça, il faut bien s'en rendre compte. Il en sort 850 par année, c'est ça que je comprends, là, puis il en sortait juste 450 il y a quelques années, c'est ça qu'il faut bien comprendre.

Alors, ma question est la suivante: À partir des projections que vous avez au ministère, êtes-vous en mesure de nous dire comment ça va se passer, l'augmentation en effectifs pour les huit, 10 prochaines années? Parce que, malgré tout, on reste... malgré tous ces efforts-là, on reste en pénurie, puis ça, c'est des questions que les gens se posent.

● (16 h 20) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Je demanderais au Dr Michel Bureau de faire le commentaire parce qu'il est très au fait de cette dynamique.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Est-ce que j'ai le consentement du parti ministériel? Opposition officielle, ça va? M. le député de Richelieu, est-ce que j'ai le consentement que le Dr Bureau réponde à la question? M. le député de Richelieu, ça va?

M. Simard (Richelieu): Oui, oui, oui.

Le Président (M. Sklavounos): Et, M. le député de Shefford, consentement?

M. Bonnardel: Oui, oui, tout à fait.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va. Alors, je cède la parole à... il va falloir quand même que vous présentiez à nouveau, Dr Bureau. Allez-y.

M. Bureau (Michel): Michel Bureau. Je suis un pédiatre, je suis directeur des services de santé et des affaires universitaires au ministère de la Santé.

Ce que vous demandez, c'est, dans les projections démographiques, en prenant soin d'analyser le vieillissement de la population, sa distribution, l'incidence de la maladie sur cette population, les domaines dans lesquels la maladie va faire sentir son effet le plus, quel devrait être d'abord le nombre de médecins dans 10 ans d'ici et comment devrait-il se distribuer entre les médecins de famille et les spécialistes? Et votre question est plus précise: Comment devrait-il se distribuer dans les 35 spécialités de la médecine?

On peut tout de suite penser que la gériatrie va occuper une place qu'elle n'occupait pas il y a 20 ans. Et comment apporter cet équilibre? Ça demande une boule de cristal passablement sophistiquée pour le faire, et, pour nous prémunir contre ça, nous avons au départ une analyse de quelle est la commande en médecins qui va venir de l'évolution démographique. Et, si on fait tourner le scénario qu'on a, si c'est le modèle actuel de distribution de médecins, qu'est-ce qui va se passer et quels correctifs faut-il prendre?

Ça prend 10 ans, à peu près, fournir les médecins en nombre et en distribution, alors c'est maintenant qu'il faut faire cette planification, et elle est faite. Mais, pour nous prémunir contre les changements de l'histoire, périodiquement il faut ajuster ces prévisions à la réalité. Par exemple, il y a 10 ans, on formait beaucoup de chirurgiens cardiaques parce qu'on pensait que tout le monde avait les coronaires bouchées. Aujourd'hui, les gens ont arrêté de fumer, la chirurgie cardiaque est fortement en baisse, on a probablement trop de salles d'opération de chirurgie cardiaque, il faut s'ajuster à cela et arrêter de former le même nombre de chirurgiens cardiaques. Alors, il est prévu que d'ici 10 ans nous aurons besoin de plus que 1 500 omnipraticiens de plus pour maintenir le même accès aux services. Alors, il faut ajouter à ça ceux qui sont en carence, et on aura besoin d'à peu près 1 300 médecins spécialistes de plus.

Actuellement, les résidents favorisent l'accès à la médecine spécialisée. On est dans une ère technologique, la médecine spécialisée est valorisée, et au moins 55 % des médecins qui graduent souhaitent entreprendre une carrière de médecin spécialiste et pas plus que 45 % en omnipratique. Si on laisse cette évolution se faire telle qu'elle est, nous aurons, dans 10 ans d'ici, 600, 700 spécialistes de plus que ce qui est attendu par notre société et nous aurons 500, 600 de moins de ce qui est attendu en médecine de famille.

Alors, il faut déjà prendre nos étudiants en médecine dès la première année. Et ils ne sont pas fous: quand ils savent qu'un marché... les offres de postes vont diminuer avec le temps, bien ils s'orientent autrement. Et M. Bolduc, devant ce fait, il y a une année, a créé une table de concertation sur la médecine de famille pour amener les facultés — parce que c'est eux autres qui forment les étudiants — à intéresser davantage les étudiants à la médecine de famille, à les exposer à la médecine de famille, parce que, dans une faculté de médecine, c'est surtout des médecins spécialistes qui sont là, et les étudiants s'identifient à leurs modèles. S'il n'y a pas assez de médecins de famille professeurs, ce n'est pas bon pour attirer les étudiants en médecine de famille. Et, avec les facultés, il y a un virage important qui est en train de se faire.

Alors, la planification, elle tient compte de tout ça. Elle tient compte aussi des changements de pratique. Les

médecins du Dr Welby de l'époque sont remplacés par une jeune génération, et la qualité de vie est bien différente. Alors, on doit tenir compte du temps de travail, et nous avons dans le chiffrier tous ces indicateurs pour essayer de prédire au mieux possible quel est le besoin et d'ajuster la formation en conséquence. Et ça ne se fait pas tout seul, ça se fait avec les facultés, avec les fédérations, avec tout le monde.

M. Lehouillier: M. le Président?

Le Président (M. Sklavounos): Oui, allez-y, M. le député de Lévis. Allez-y.

M. Lehouillier: Merci beaucoup. Alors donc... donc, je voulais poursuivre en même temps sur une autre question qui touche davantage... Parce que, quand on regarde, à un moment donné, l'évolution dans notre société... et c'est pour ça qu'à un moment donné, souvent, quand on est à la période de questions, on n'a pas le temps, on ne voit pas ces données-là, on n'a pas le temps de les voir, on a questions, réponses, c'est très rapide. Mais, encore une fois, chez les médecins, un chiffre, je pense, qui est extrêmement important, c'est qu'on parle... on parle d'au-delà de 46 à 47 millions de visites chez un médecin, 46 à 47 millions de visites chez un médecin par année.

Alors, essayez d'imaginer l'ampleur des services qui sont offerts, et — vous l'avez signalé, M. le ministre l'a signalé ce matin — on estendus à 220 groupes de médecine familiale. Il y en avait 21 en 2003, et je constate d'ailleurs qu'il y en a 33 en Montérégie puis seulement que 28 à... seulement que 27 à Montréal. Pas pire pour le... Il y en a plus dans la Montérégie, en tout cas, qu'à Montréal, des groupes de médecine familiale.

Une voix: ...

M. Lehouillier: Ils sont organisés. Alors, tout ça pour vous dire que finalement on se rend compte... on se rend compte que c'est des efforts inouïs qui ont été faits, et, en 2009-2010, au niveau des groupes de médecine familiale, il y a eu 6,6 millions de visites. 6,6 millions de visites, c'est 500 000 de plus qu'en 2008-2009 puis c'est 6 millions de plus qu'en 2002-2003.

Alors, moi, j'aimerais ça, peut-être, M. le ministre, vous... entendre M. le ministre là-dessus, sur les groupes de médecine familiale. Qu'est-ce qui fait que ça a connu un tel succès, bien sûr, puis en même temps qu'est-ce que ça permet, les groupes de médecine familiale, de ce point de vue là?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, ça a apporté beaucoup. Je dois vous avouer que, moi-même, j'étais en pratique et, depuis 2004, j'étais en groupe de médecine de famille. Au début, ça a été difficile à partir, les médecins étaient réticents. Les médecins étaient craintifs puis les médecins avaient peur d'avoir un contrôle de leur pratique par le gouvernement.

Et progressivement il y a eu des avantages, exemple: maintenant, ils travaillent avec des infirmières cliniciennes. L'informatisation est fournie dans chacun

des groupes de médecine de famille. Il y a une rémunération ajustée pour les groupes de médecine de famille pour chaque patient, tout simplement parce que ça permet aux médecins de travailler en équipe puis d'offrir des meilleurs soins. Ça a été difficile à partir au début. Moi, j'ai été dans les premières cohortes, en 2004, et par la suite, progressivement, les médecins se sont rendu compte que c'est le meilleur modèle de pratique.

La preuve: en Ontario, depuis à peu près trois ans, ils ont commencé à faire ce qu'on appelle les «family groups», c'est-à-dire les mêmes principes de groupes de médecine de famille, mais l'Ontario est en décalage par rapport à nous autres d'à peu près cinq à six ans. Et, nous autres, depuis 2003, on fait la promotion de façon à ce que toutes les cliniques médicales au Québec devraient regarder pour devenir groupes de médecine familiale. Ça permet des pratiques collaboratrices, c'est-à-dire avec des infirmières, ça permet l'informatisation des cliniques également, mais surtout ça permet d'offrir un meilleur service aux patients.

Un groupe de médecine de famille, c'est un groupe de sept à 12 médecins, et parfois il y a des groupes de 20 puis il y a des groupes aussi un petit peu plus petits, de cinq. Ça leur permet de travailler en équipe. Ce que ça permet, c'est de couvrir des plages horaires au niveau du sans rendez-vous, ça permet d'avoir des infirmières qui travaillent avec les médecins pour différents types de soins, exemple: le suivi du diabète, le suivi de l'hypertension artérielle, le suivi de l'insuffisance cardiaque, ce qui fait que le patient a un meilleur suivi parce qu'on le fait en équipe multidisciplinaire.

Ce que ça apporte également au patient, c'est que ses résultats, au niveau de ses soins, sont supérieurs. Entre autres, au niveau du diabète, c'est reconnu que la meilleure pratique au niveau du diabète, c'est d'avoir un suivi avec l'infirmière et le médecin, dans lequel l'infirmière va faire les principaux principes d'enseignement, faire le suivi avec le patient, et le médecin joue son rôle de médecin, c'est-à-dire prescription du médicament, suivi au niveau des complications, puis l'examen du patient pour plusieurs systèmes. Ça fait que, quand vous regardez ça, c'est le meilleur modèle de pratique. Pourquoi maintenant c'est aussi en vigueur? C'est que les médecins sont convaincus que le meilleur modèle de pratique maintenant, c'est le groupe de médecine de famille.

● (16 h 30) ●

Vous parliez tantôt de Montréal versus la Montérégie. Dans la Montérégie puis les régions périphériques, les groupes de médecine de famille ont toujours été très populaires. À Montréal, ce qui a été populaire depuis 2003-2004, ce sont les cliniques-réseaux. Mais présentement on a une inversion des modèles, c'est-à-dire, où il y avait des groupes de médecine de famille très populaires s'installent des cliniques-réseaux, et une clinique peut être en même temps groupe de médecine de famille et clinique-réseau. Et, à Montréal, où il y avait plusieurs cliniques-réseaux, les gens sont en train de s'installer en groupes de médecine de famille. Ce qui fait qu'à la fin le modèle qu'on va avoir au Québec dans toutes les régions: la majorité des médecins vont travailler en groupes de médecine de famille, et il y a quelques médecins qui vont travailler en clinique-réseau. C'est quoi, la différence? Habituellement, un groupe de médecine de famille, c'est pour un ensemble de 15 000 à 20 000 de population, puis une clinique-réseau, c'est pour 50 000 de population. Donc,

ça nous permet d'offrir du sans rendez-vous sept jours sur sept, le soir comme le jour. Donc, c'est le modèle vers lequel on s'en va.

Également, pourquoi les groupes de médecine de famille vont être de plus en plus populaires? C'est que les nouveaux médecins qui viennent travailler sur le marché du travail veulent travailler en équipe et veulent travailler dans des groupes de médecine de famille. Ça fait que, si vous voulez recruter des médecins, le modèle à privilégier, c'est celui des groupes de médecine de famille.

C'est un gros succès au Québec. C'est une mesure extrêmement structurante. Puis, comme disait le député de Shefford tantôt: Est-ce qu'on a fait la révision de nos pratiques?, l'arrivée des groupes de médecine de famille, la fusion des établissements en centres de santé et de services sociaux, les pratiques collaboratrices, le partage des actes, c'est tous des changements puis une transformation du réseau de la santé qui s'est vécue au cours des 17 dernières années, et actuellement ça donne un excellent rendement.

C'est probablement pour ça que le Québec a, au Canada, dans les meilleurs indicateurs de résultats au niveau des soins de santé, avec un coût qui est probablement le moindre parce qu'on a refait notre organisation des services. Et, pour vous dire que c'est un beau modèle, l'Ontario a emprunté ce modèle-là depuis deux à trois ans, et également dans les autres provinces, c'est le modèle qui est en train de se mettre en place.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il reste une minute pour une courte question, courte réponse, une minute pour les deux.

M. Lehouillier: Ah, bien oui. J'aurais une très courte question qui va dans le sens de ce que vous dites. D'abord, on voit les efforts exceptionnels qui ont été faits au cours des dernières années, et là les gens peuvent entendre les chiffres. La réalité des faits, c'est qu'il y a 100 % plus de médecins qui sont formés maintenant que c'était avant qu'on les envoie à la retraite.

Mais l'autre élément sur lequel je voulais peut-être une petite question, vous avez manifesté votre volonté pour l'intégration professionnelle des médecins étrangers dans le réseau de la santé. C'est quoi, la mission de... Parce que c'est Recrutement Santé Québec qui s'en occupe. Alors, c'est quoi, un petit peu, la mission, de ce point de vue là?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Il y a deux façons de recruter des médecins qui viennent à l'extérieur du Canada et des États-Unis. Il y a ce qu'on appelle les DHCEU, c'est-à-dire les médecins qui viennent de l'extérieur du Canada et des États-Unis mais qui ne viennent pas de... mais qui ne sont pas originaires de la France. Ces gens-là souvent demandent à venir pratiquer, et, comme de fait, au cours des dernières années, on a réussi à intégrer des médecins compétents à l'intérieur du système québécois. Et ces gens-là ont des permis restrictifs et ils vont aller couvrir des endroits où il y a des besoins. On en a, entre autres, sur la Côte-Nord, on en avait au Saguenay—Lac-Saint-Jean. J'ai vu récemment dans le... à Roberval, un

nouvel urologue d'origine syrienne qui s'est installé. Je sais qu'à Sorel il y a deux gynécologues qui sont des médecins étrangers qui vont s'installer. Et on sait que Sorel, depuis des dizaines d'années, ils ont de la difficulté à recruter en obstétrique, et on va avoir deux nouveaux obstétriciens gynécologues. Je leur ai même dit qu'il devrait y en avoir un troisième puis possiblement un quatrième. Donc, on réussit, avec ça, à combler des pénuries d'effectifs médicaux.

L'autre provenance de médecins étrangers, c'est l'entente France-Québec qui a été signée l'année dernière, qui va permettre à des médecins français de pouvoir venir s'installer au Québec. Et c'est intéressant: quand je suis allé à Mont-Laurier, on m'a annoncé qu'il y avait deux médecins de la France qui venaient pratiquer à Mont-Laurier pour justement combler les pénuries.

Donc, je dois vous avouer que c'est...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le ministre.

M. Bolduc: ...ce sont toutes des stratégies gagnantes, et c'est ce qui fait qu'au Québec on a plus de médecins et on réussit à couvrir les besoins de santé des populations.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, je vais tout de suite aller de l'autre côté, et ce sera M. le député de Richelieu. Vous avez la parole.

M. Simard (Richelieu): M. le Président, sur la question des hôpitaux de Sorel, de Cowansville et de BMP, là, de Brome-Missisquoi-Perkins, vos réponses ne m'ont pas rassuré et, je pense, n'ont pas vraiment rassuré mes collègues. Je vais être honnête avec vous, là. Lorsque vous nous dites que vous avez participé à la préparation de cette orientation, que vous maintenez cette orientation, en tout cas que vous ne la contredisez pas, nous devons, nous, conclure que vous la faites vôtre pour l'instant, même si vous nous dites que vous avez l'intention de corriger le déséquilibre interrégional en faveur de la Montérégie, parce que, depuis 2002, il ne s'est pas fait beaucoup d'efforts là-dedans. Mais ne réouvrons pas ce dossier. Vous avez l'intention de poursuivre le développement de la Montérégie, mais le message que vous envoyez à l'Hôpital de Brome-Missisquoi-Perkins, comme à celui de Granby, comme à celui de Sorel, c'est: Votre développement, il devient tout à coup incertain. Votre développement devient tout à coup remis en question. Le statut que vous aviez, maintenant, là, nous le réexaminons.

Vous avez parlé de cinq ans tout à l'heure. Là, vous venez de créer une zone d'inquiétude majeure qui va paralyser le développement d'un hôpital qui travaille extrêmement fort à devenir efficace, à se rapprocher des besoins de la population. La direction de l'hôpital est très inquiète, je vous le dis, là. J'ai parlé à M. Marchessault, le directeur. J'ai parlé aux principaux membres du conseil... à certains des principaux membres du conseil d'administration, et dans la population je me fais interroger depuis une semaine, depuis que nous connaissons l'existence de ce plan. Il serait très simple pour vous cet après-midi de nous donner un signal clair que nous n'avons aucune inquiétude à avoir, puisque ça, là, ce sont des réflexions qui ont eu lieu dans le ministère, mais que vous, là, votre décision, c'est d'aller de l'avant avec un hôpital à Sorel qui comprenne toutes les spécialités, qui permet, par

exemple, d'avoir la pathologie, qui permet d'avoir l'oncologie, parce que, si on enlève un certain nombre de spécialités qui sont précisées dans le document, on ne pourra plus faire d'autres spécialités.

Rassurez donc les populations. On est à 100 kilomètres de Montréal. Il n'est pas question pour nous de faire soigner nos gens à Montréal ou à l'autre extrémité de la Montérégie. Les choses sont les mêmes dans Brome-Missisquoi et sont les mêmes à Granby. Un mot de votre part, clair, là, pas... sans ambiguïté pour nous rassurer, M. le ministre.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Richelieu. M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, on est enregistrés. Je rassure le député de Sorel-Tracy. Je vous garantis que les services vont être maintenus dans vos secteurs. Ça, c'est clair.

Le document que vous avez eu, c'est un document de consultation et d'idées, et, je vous le dis, ce qui fait foi, ce sont les PREM qui vont s'installer et qu'on vous a déjà donnés. Et on va maintenir les services dans chacun de vos secteurs.

Je ne peux pas vous en dire plus. D'ailleurs, j'ai défendu ça. J'ai défendu également qu'on augmente les effectifs. Il y a des endroits qu'on va développer des services. Je fais faire développer, exemple, l'hémodialyse à des endroits où ils ne l'avaient même pas demandée, parce qu'on pense que c'est un besoin de population de le faire.

Ça fait que, pour ce qu'il s'agit de la région de la Montérégie, comme de toutes les régions du Québec, je tiens à vous rassurer, les services vont se donner de la même façon au niveau de la...

L'exception, puis pour bien connaître Sorel-Tracy, c'est la chirurgie vasculaire. Puis, je suis honnête avec vous autres, la chirurgie vasculaire est plus à risque. Et puis ça, c'est déjà entendu avec l'établissement. Le reste va demeurer sur place. Et il peut y avoir des ententes également avec les établissements à long terme sur le partage de certaines gardes, certaines activités, mais je peux vous dire que, s'il y a quelqu'un qui tient à coeur le développement de la Montérégie, Laurentides, Lanaudière, Laval et de toutes les régions du Québec, y compris Montréal, c'est le ministre actuel.

Est-ce que ça vous rassure?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, je...

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Je comprends que je cède maintenant la parole à Mme la députée de Taschereau. Allez-y, Mme la députée.

Mme Maltais: Je suis sûre que mon collègue va être d'accord si je réponds en son nom: Non, ça ne le rassure pas.

M. Simard (Richelieu): Pas totalement.

Mme Maltais: Pas totalement. Je vais juste, avant de passer à des questions, juste inviter mon collègue le

député de Lévis à lire attentivement le volume 3 du cahier des crédits, page 295, le lire en regardant à partir de quand les admissions dans les collèges... les admissions en faculté de médecine ont été augmentées — 2001 — et de le lire en méditant attentivement cette phrase qui vient de Lucienne Robillard, à l'époque ministre de la Santé et des Services sociaux: Il y aura des surplus de médecins jusqu'en 2018. Alors, c'est toujours très difficile de juger d'une époque et de ses propres collègues.

Je veux noter aussi, M. le Président, qu'on m'avait promis une description des fonds du FINESSS, du fonds d'investissement national en santé et services sociaux. Jusqu'ici, je ne l'ai pas encore reçu, alors je m'attends que d'ici à la fin de la journée, tel que prévu, pour qu'on puisse en débattre peut-être demain matin, on ait ces documents.

Le Président (M. Sklavounos): Je pense qu'il y a une réponse de la part du ministre, j'ai cru comprendre. M. le ministre.

M. Bolduc: On vous les déposera à la fin de la séance de cet après-midi.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va, Mme la députée de Taschereau?

Mme Maltais: C'est parfait.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Alors, allez-y. Continuez.

● (16 h 40) ●

Mme Maltais: Parfait. Je remercie le ministre et le ministère de sa collaboration.

Je sais que la RAMQ est ici. J'aimerais ça commencer à jaser un peu des frais accessoires et du médicament. Jusqu'en octobre, en octobre 2007, le ministre a reçu un rapport sur les frais accessoires. En fait, c'est son prédécesseur, Philippe Couillard, celui qui est parti avec un contrat d'une entreprise privée dans la poche, là, dont on se rappelle de sinistre mémoire de ce côté-là, de ce côté-là... Alors, il avait reçu un rapport sur les frais accessoires en octobre 2007, mais le ministre n'a rien fait jusqu'à temps que le dossier soulève encore une fois des problèmes. Il a choisi de confier ce dossier à la RAMQ, qui lui a pondu une première réflexion qu'il aurait reçue l'automne dernier, mais nous n'avons toujours aucune idée de ce que contenait ce rapport.

Comme ça fait quand même six mois qu'il a ça entre les mains et que le premier rapport était public, est-ce qu'il pourrait... est-ce qu'on pourrait prendre connaissance enfin de ce rapport qu'il a entre mains depuis six mois? Je pense qu'il a dû avoir le temps de faire un bout de réflexion.

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

M. Bolduc: M. le Président, ce qu'il y a eu, c'est des discussions avec la RAMQ. Il y a eu des notes qui ont été prises, des documents, mais il n'y a pas eu de document officiel, et ce sont toujours été des documents de travail. Et puis on est encore en réflexion là-dessus avec la RAMQ parce qu'il y a des travaux qui se font. Mais je peux... je ne pense pas qu'il y ait de document à déposer là-dessus.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Est-ce que le ministre ne pense pas... ou s'il n'y a... Donc, *Le Devoir* faisait erreur, il n'y a pas eu de document de la RAMQ déposé à l'époque.

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

M. Bolduc: Il n'y a pas eu de rapport. Il y a, comme de fait, des discussions, parce que c'est un dossier qui nous interpelle beaucoup, mais il n'y a pas eu de rapport de fait du côté de la RAMQ.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée.

Mme Maltais: On sait qu'il y a eu publication de sept rapports d'enquête de la RAMQ. On sait qu'il y a aussi 11 autres enquêtes en cours à la RAMQ. Ce sont quasiment exclusivement toutes des enquêtes qui touchent des frais accessoires et des frais que le ministre a même parfois qualifiés d'excessifs qui sont chargés aux patients, aux citoyens du Québec.

Le 15 mars dernier, le Collège des médecins du Québec a annoncé son intention de clarifier les règles concernant les frais médicaux facturés aux patients et il a invité le gouvernement à en faire autant, puis le ministre a déclaré dans les médias avoir l'intention de bouger là-dessus. Ça fait quand même un bout de temps, ça fait un mois. Est-ce que le ministre peut nous dire comment il va bouger? Est-ce qu'il compte apporter des changements à la législation pour clarifier la situation des frais accessoires?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Peut-être clarifier c'est quoi, les frais accessoires. C'est qu'il y a des examens, des activités, comme chirurgicales, qui sont payés par le gouvernement, en clinique, et il y a des services qui sont reliés à cette activité-là qui ne sont pas couverts par la RAMQ.

Un exemple: vous avez une colonoscopie. Ils vont vous dire qu'il y a des médicaments, il y a des pansements qui ne sont pas couverts dans l'acte qui est payé par le gouvernement, parce qu'on ne paie seulement que l'acte médical. Donc, le frais accessoire, c'est le frais qui est associé qui est chargé par une clinique privée pour un examen qui est un examen qui est couvert par le gouvernement.

Il y a d'autres types de frais que, moi, je ne qualifie pas de frais accessoires mais qu'on pourrait qualifier de frais, qui sont des coûts qui sont chargés directement aux patients pour des services non assurés. Dans le cas... On va prendre le cas qu'on entend beaucoup parler ces derniers temps. Quand on parle de la dégénérescence maculaire, nous payons l'injection du médicament au niveau de l'oeil, on paie le médicament, mais on ne paie pas l'examen qui précède l'injection, on ne paie pas non plus tous les pansements qui vont avec puis on ne paie pas les gouttes qui sont mises dans les yeux. Donc, c'est ça qu'on appelle des frais accessoires.

Il faut mettre aussi en perspective la responsabilité de chacun. La Régie de l'assurance maladie du Québec

va vérifier si le frais est inclus ou pas au niveau de l'acte médical. Le Collège des médecins, lorsqu'on charge un frais, lui est responsable de surveiller si le frais est raisonnable.

Donc, c'est à ces niveaux-là qu'il faut mettre la responsabilité de chacun. Et, comme de fait, nous sommes en train de regarder tous les frais accessoires qui sont reliés aux activités que l'on paie déjà. On est en train de regarder également la question des frais excessifs qui seraient chargés aux patients. Nous sommes en réflexion, nous sommes en discussion. Il y a déjà eu des discussions avec le Collège des médecins, et je leur ai dit que c'est quelque chose qu'au niveau du ministère on prendrait une grande attention.

Pour ce qu'il s'agit des délais, c'est un dossier qui est relativement complexe. C'est un dossier dans lequel également on ne s'engage pas qu'on va rembourser des frais accessoires. C'est une réflexion, parce que je pense qu'il faut faire ça, du cas par cas. Et c'est un dossier qui est très large.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: C'est parce qu'à un moment donné, là, il y a... j'ai devant moi un ministre qui est incapable de régler un problème. J'ai devant moi un ministre qui est incapable de régler une situation. Aussitôt qu'il se retrouve à devoir négocier avec une fédération des médecins, il est incapable de prendre une décision. Le rapport sur les frais accessoires, il est dans les mains du ministre et du ministère depuis 2007. Aïe, ça fait quatre ans, là. Ça va faire trois ans et demi, parce que c'était octobre, octobre 2007, trois ans et demi.

Alors, vous venez d'entendre la longue plainte que je viens d'entendre, là, la longue plainte: Ah! c'est compliqué, je n'y arrive pas, il faut parler au Collège des médecins. Même le Collège des médecins dit que c'est urgent. Alors, est-ce qu'une fois, pendant toute l'étude de ces crédits, est-ce que vous pourriez, pour une fois, donner un échéancier, donner... dire: Oui, je vais régler le problème, ça va se régler dans à peu près tant de mois? Est-ce que vous pourriez, pour une fois, avoir un brin de transparence au lieu de vous cacher constamment derrière la complexité des problèmes?

Le Président (M. Sklavounos): Alors, juste avant de céder la parole, Mme la députée de Taschereau, je vous invite à la prudence avec certaines de vos paroles, surtout le dernier terme, «cacher».

Mme Maltais: Je n'ai jamais dit que le ministre cachait des documents.

Le Président (M. Sklavounos): C'est pas mal directement...

Mme Maltais: C'est lui qui se cache.

Le Président (M. Sklavounos): ...dit que le ministre se cache ou cache. Alors, je vais vous inviter...

Mme Maltais: Je retire le mot «cacher».

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci, Mme la députée. Alors, poursuivez, M. le ministre. Allez-y.

M. Bolduc: La réponse, c'est non. On n'a pas à se fixer des échéanciers puis donner ça à l'opposition. L'opposition est là pour critiquer puis l'opposition est là pour nous poser des questions, puis on va répondre.

Ce qui est important pour moi, c'est que le dossier se règle. On veut le régler dans les délais les plus courts possible. Et également on n'est pas des dictateurs. On a des partenaires là-dedans, puis il faut s'entendre avec eux autres. Il y a des discussions qu'on doit faire. Et également, la position que le collègue nous a demandée, et c'est très récent, il nous a demandé de s'occuper du dossier parce que, pour eux autres, ça causait un grand problème, parce qu'il y avait beaucoup d'arbitrage à faire. La lettre, elle date de quelques semaines, et puis c'est un dossier que nous sommes en train de regarder.

L'autre élément: l'opposition, ils n'ont pas de leçons à nous donner là-dessus. Moi, en tout cas, j'ai travaillé du temps du Parti québécois comme médecin, puis il y a beaucoup de dossiers qui n'ont pas été réglés. Et je vous ferais remarquer que, quand elle dit qu'on ne règle rien, on en réglé beaucoup au cours des derniers mois. La procréation assistée, c'est quelque chose qui... le registre qu'on a annoncé, ce sont tous des dossiers qui sont mis en place. Également, tout ce qu'on fait au niveau du réseau de la santé en termes de transformation, la fusion des CSS, ça a été fait par notre gouvernement, qui est la plus grande manoeuvre depuis l'arrivée de l'assurance maladie.

Ça fait que, moi, je pense que la députée de Taschereau doit pondérer son discours et savoir que c'est des dossiers complexes dans lesquels on veut trouver des solutions. Et ce qui nous préoccupe en premier, c'est d'abord le patient. Je pense que c'est le patient qu'il faut mettre au coeur des décisions. Et il y a des enjeux également au niveau de savoir comment on va traiter toute la question des frais accessoires.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Là, il y a un problème, là. Ce n'est pas pour nous, le délai et l'échéancier, c'est pour les citoyens. C'est épouvantable, ce qu'il vient de dire, le ministre, là, M. le Président. Il vient de dire que l'opposition est là pour chialer puis critiquer, puis, quand elle demande une échéance, c'est pour elle. Ce n'est pas pour le critiquer. Au contraire, je le critique parce qu'il n'en donne pas, d'échéancier, je le critique parce qu'il ne livre à l'intérieur des délais qui étaient supposés puis je le critique parce que je suis en train d'établir — on va rire, là, tantôt, là — je suis en train d'établir le «Top Ten» des échéanciers brûlés par le ministre, qu'il n'a jamais réussi à respecter. Si on veut des échéanciers, c'est pour être sûrs qu'il bouge. Et ce n'est pas l'opposition qui demande au ministre d'agir, c'est le Collège des médecins qui demande au ministre d'agir.

Alors, est-ce qu'il pourrait, non pas pour l'opposition mais pour la population, pour les citoyens, nous dire s'il va régler le problème des frais accessoires dans un délai? Et quel est ce délai?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, la réponse, c'est qu'on veut régler le dossier le plus rapidement possible.

Et on ne se mettra pas le carcan d'un délai, parce que, comme dit la députée de Taschereau, dès qu'on donne un délai, elle n'arrête pas de nous poser des questions. Puis c'est le genre de dossier dans lequel on doit discuter avec des partenaires, et il faut regarder comment on va faire les choses.

D'ailleurs, récemment la députée de Taschereau, elle disait que je me prononçais trop vite. Moi, je ne vois pas comment aujourd'hui elle peut dire que je ne me prononce jamais, alors que d'autres fois, voilà pas longtemps, elle a dit que je me prononçais trop vite.

Je pense qu'il faut prendre le temps d'étudier le dossier, il faut donner des grandes orientations. La grande orientation, on l'a donnée dans la dégénérescence maculaire, où on a dit qu'on voulait offrir la gratuité à l'intérieur d'un délai qui est raisonnable. Et, ce matin, la députée de Taschereau m'a dit qu'elle, elle s'attendait que ça soit fait avant la fin mai. Donc, elle s'est donné un délai. Moi, je peux regarder. Mais ce que je veux surtout, c'est, si je peux régler avant la fin mai, tant mieux, mais ce qu'on veut, c'est régler et offrir la gratuité aux patients pour le traitement de la dégénérescence maculaire.

Mme Maltais: Alors...

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

● (16 h 50) ●

Mme Maltais: Alors, rien, pas de délai. Ça fait quatre ans, quatre ans que ce dossier-là est sur sa table de travail, puis il est incapable de nous dire qu'un jour ça va être réglé, comme dans le cas du Lucentis. Ça fait des mois qu'on l'interpelle, puis il est incapable de nous... de s'engager à le régler rapidement, alors qu'il parle de jours. C'est décourageant pour les citoyens, pas pour l'opposition. Vous nous donnez des armes. Moi... Notre travail, il n'est pas ici, là, seulement pour s'amuser, en politique. On est là pour la transparence, on est là pour dégager des objectifs, des échéanciers puis avoir une vision. Bien, vous avez manqué le bateau encore une fois.

Dans vos autres discussions avec des partenaires, avec lesquels vous avez, semble-t-il, un peu de difficultés à régler ou à vous imposer, il y a quelque chose qu'on attend, c'est la baisse des prix des médicaments génériques. Cette année, l'économie prévue provenant de cette baisse est supposée être d'à peu près 100 millions de dollars. Je ne referai pas toute l'histoire, vous vous spécialisez un peu dans l'idée de refaire toutes les histoires, mais, nous, nous attendons une baisse des médicaments génériques de 100 millions de dollars cette année. Mais, cette baisse... et pour juin 2010, vous annoncez des économies de 164 millions de dollars.

Je veux savoir si ces économies sont... Est-ce qu'elles sont effectives? Est-ce qu'elles ont été négociées, arrangées? Et est-ce qu'elles sont entrées au gouvernement?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: Oui, le dossier suit bien son cours. Et puis c'est un dossier dans lequel on s'est entendu avec les compagnies pharmaceutiques génériques. Et on met en place le système tel qu'il était prévu puis on va réussir à récolter les économies qui ont été prévues.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Est-ce que le ministre a revu l'entente avec les grossistes? Parce que l'entente avec les grossistes sur le médicament générique prévoyait que «le grossiste s'engage, pour établir son prix de vente, à ne majorer que d'au plus 6 % le prix de vente garanti [au fabricant]». Évidemment, on comprend que, quand le prix baisse, la marge de profit du grossiste baisse.

Or, quand on travaille en région éloignée — puis le Québec est un vaste territoire — les grossistes, qui ont beaucoup de frais de transport, voient, à ce moment-là, leur marge réduite sans aucun... sans pouvoir rien y faire. Si on baisse le prix des médicaments génériques, la marge des grossistes baisse, puis, eux autres, ils ont encore les mêmes frais à travers le territoire.

On nous a dit qu'il y avait probablement négociation sur la marge des grossistes. Est-ce que la négociation a avancé? Et, s'il y a eu négociation, quel est le nouveau pourcentage de la marge pour les grossistes?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: La négociation n'a pas avancé, elle est terminée. Ça fait que... Puis on s'est entendus. Puis, comme de fait, il a fallu tenir compte du fait que le prix des médicaments diminuait de façon substantielle, et on s'est entendus à un pourcentage qui est, selon eux autres, toujours un peu insuffisant mais qui est satisfaisant.

Ça fait que, de ce côté-là, on a eu une entente. On pourra vous fournir le chiffre exact. Je crois que c'est 6 %. On va vous fournir le chiffre exact, mais on a une entente, et c'est terminé. Pour des gens qui ne réalisent rien, on a quand même réalisé des belles choses.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Comme l'impact financier... l'économie financière prévue était supposée être, cette année, de 164 millions de dollars, je veux savoir quel est l'impact financier de la hausse de la marge des grossistes. Et, parce qu'il y a un nouveau revenu, il y a une économie qui est un revenu de 164 millions, bien je veux savoir quelle est, à l'autre bout, la dépense qui est due à la... la nouvelle dépense, qui est peut-être correcte, mais qui est due à cette négociation.

Le Président (M. Sklavounos): Rapidement, M. le ministre. Il reste 15 secondes.

M. Bolduc: L'économie, qui est de 164 millions, tient compte de tous ces paramètres-là, parce qu'au moment où est-ce qu'on a chiffré l'économie on avait déjà la connaissance des paramètres. Donc, c'est une économie nette de 164 millions de dollars en tenant compte des ajustements avec les grossistes.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Alors, merci, M. le ministre. Maintenant, nous allons passer de l'autre côté, du côté ministériel, et je vais céder la parole à M. le député des Îles-de-la-Madeleine. Vous avez la parole, M. le député.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Vous allez me permettre de réagir à la députée de Taschereau, par rapport au peu de travail qui a été effectué par notre gouvernement. Puis je vais juste mentionner deux dossiers pour faire la démonstration de l'immense travail, de l'énergie qui a été faite, des changements importants dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Une réforme qu'on a amorcée sur la fusion des CLSC, CHSLD et centres hospitaliers, ça a été un changement majeur sur le plan de l'organisation des services, sur le plan des réseaux de services intégrés, alors qu'auparavant on était érigés en établissements... en système silo, alors qu'aujourd'hui on parle plus de services intégrés, de continuum de services. Et ça a été un changement spectaculaire en termes de culture à l'intérieur du réseau, de modifications importantes, de réduction de coûts, d'économies.

Et l'autre dossier, c'est toute la question des fusions des accreditations syndicales, qui ont permis d'avoir un impact majeur sur l'organisation, l'organisation du travail, et, je dirais même, sur les systèmes de négociation des conventions collectives. Ça a eu un effet tout à fait bénéfique. Et aujourd'hui on prend ça pour acquis, mais ça a été un immense changement. D'ailleurs, j'étais directeur général dans ce temps-là, et ça a provoqué un bon nombre d'enjeux et de défis pour arriver à ces résultats-là. Et je pense que c'est l'ensemble du réseau qui aujourd'hui bénéficie de ces changements extrêmement importants qui ont été apportés au réseau de la santé.

Maintenant, M. le Président, vous allez me permettre d'aborder le thème de l'informatisation du réseau, un grand thème qui a fait couler beaucoup d'encre, qui a fait des manchettes, et souvent des manchettes pas toujours élogieuses. On tirait parfois dans les journaux qu'il n'y avait plus de pilote dans l'avion, que le bateau avait perdu son gouvernail. Et il faut comprendre que c'est un dossier complexe et majeur et il faut comprendre également qu'implanter un système informatique dans ce vaste réseau de la santé et des services sociaux, c'est un grand défi et c'est complexe, avec de multiples ramifications.

L'autre point important, c'est que, comme je le mentionne, le réseau de la santé et des services sociaux est aux quatre coins de la province et s'étend évidemment dans l'ensemble de la province de Québec avec ses GMF, ses cliniques privées, ses CLSC, ses centres hospitaliers, donc un territoire vaste, une population dispersée et des contraintes évidemment techniques reliées à ça.

Alors, on sait que l'informatisation, c'est très large, et en même temps, aujourd'hui, c'est très présent dans notre vie, c'est très présent dans notre quotidien, et le réseau de la santé ne fait pas abstraction à cette présence de l'informatisation. D'ailleurs, tant sur le plan clinique que sur le plan administratif, il y a beaucoup de choses qui sont actuellement actualisées dans le réseau de la santé. On n'a qu'à penser aux groupes de GMF, où beaucoup de cliniques utilisent de plus en plus les services informatiques. Et, dans les CSSS, que ce soit en CLSC, dans les hôpitaux ou encore dans les CHSLD, les systèmes informatiques, différents systèmes sont très présents, tant au niveau des soins que sur le plan administratif. Si on parle des soins, on a juste à penser aux laboratoires, où la plupart sont informatisés, aux images radiographiques, aux prescriptions électroniques, tout ça. Alors... Et c'est présent sur le plan des soins directs aux patients, mais c'est présent aussi sur le plan administratif, au niveau des ressources humaines,

des services de la paie. On sait que le service de la paie, ce n'est pas uniquement faire un chèque à un employé, c'est... dans le fond, c'est gérer l'ensemble de la convention collective, qui souvent sont assez épaisses. C'est les services comptables, c'est la prise de rendez-vous pour les clients. Et, s'il fallait aujourd'hui revenir de façon manuelle ou à l'époque des cardex, je pense que notre productivité serait grandement altérée dans notre réseau. Alors, ce n'est pas le cas, et notre réseau est réellement engagé dans la voie de l'informatisation.

Alors, ma question serait la suivante, M. le Président, au ministre: Sur l'informatisation du réseau, vous avez fait une annonce, le 22 mars dernier, où vous abordez la nouvelle gouvernance de l'informatisation du réseau. Alors, j'aimerais ça avoir un peu votre point de vue sur ce changement important.

● (17 heures) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, au cours des dernières années, les gens souvent parlaient du Dossier santé Québec puis ils voyaient ça comme étant l'informatisation du réseau de la santé, alors qu'il faut repositionner l'informatisation qui existe déjà dans le réseau de la santé. Première chose, c'est qu'il y a trois niveaux d'informatisation.

Le premier niveau d'informatisation, c'est au niveau des cliniques médicales, dans lesquelles il y a des dossiers médicaux électroniques. Et je donnerais l'exemple... Les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseaux sont tous informatisés et ont tous la possibilité d'être informatisés, avec des dossiers cliniques.

Le deuxième niveau d'informatisation, ce sont les établissements de santé, ce qu'on appelle le dossier clinique informatisé, et l'exemple, c'est que vous avez... au CHUM, vous avez le système OASIS; du côté de McGill, vous avez le système OASIS; à Sherbrooke, vous avez le système Ariane; à Trois-Rivières, bien vous avez le système Purkinje; et à Québec, vous avez le système Cristal-Net.

Au-dessus de ça, il existe ce qu'on appelle la plateforme du Dossier santé Québec, qui va servir à recevoir les différentes informations de grands pans de mur au niveau médical, c'est-à-dire les laboratoires, la radiologie et également les médicaments. Également, dans le Dossier santé Québec, il y a tout un élément de télémédecine, où ça va nous permettre de soigner les gens à long terme. Entre autres, pour vous, aux Îles-de-la-Madeleine, plutôt que de transférer des patients, on va être capables de transférer des images et même de faire de la téléconsultation, c'est-à-dire qu'on consulte un médecin à distance.

La nouvelle gouvernance, c'est qu'au niveau du ministère on reprend ça et on s'organise pour que justement ce soit tout intégré, en pensant qu'au niveau du Dossier santé Québec on va avoir besoin des éléments du dossier clinique informatisé et également on va avoir le dossier médical électronique. Donc, on a intégré les trois paliers pour avoir un développement au niveau des trois systèmes, c'est-à-dire au niveau des cliniques, au niveau des établissements de santé et au niveau du Dossier santé Québec, qui soit cohérent. C'était déjà prévu comme ça, mais on l'intègre encore plus, et surtout on va s'assurer qu'il y ait une compatibilité, et, lorsqu'il va y avoir du déploiement, on va essayer d'avoir le même système par région. C'est déjà

comme ça actuellement, sauf qu'il y a des régions qui ont un ou deux systèmes qui sont différents, mais la majorité des systèmes devraient faire comme à Montréal, c'est-à-dire avoir un système pour toute l'île de Montréal.

Donc, c'est là qu'on est rendus au niveau de la gouvernance, puis on a une sous-ministre, qui est Mme Lise Verreault, qui est réputée pour livrer la marchandise dans le réseau de la santé, qui va prendre la tête de ce beau projet informatique qui est toute l'informatisation du réseau de la santé.

Et je tiens à rappeler, comme vous l'aviez déjà dit, que c'est un réseau qui est très informatisé: tous les examens de radiologie sont 100 % informatisés, tous les laboratoires sont informatisés et toutes nos pharmacies sont informatisées.

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

M. Chevarie: Merci. Je vais tantôt vous poser également une question, puisque vous l'avez abordé rapidement, sur la télé santé, mais je vais revenir. Avant, je voudrais vous mentionner ceci, M. le Président, si vous me permettez. Je lisais récemment, dans le journal *Le Devoir* du 26 mars 2011, un long article rédigé par Mme Louise-Maude Rioux Soucy qui soulignait qu'après — guillemets — des «tâtonnements [...] pour informatiser le réseau de la santé, les pièces éparses du casse-tête ont commencé à se mettre en place». Alors, je pense que c'est clair, notre gouvernement a pris action et est vraiment dans un mode d'action, et notre gouvernement a donné le signal clair: comme vous l'avez mentionné suite à votre annonce, nous passons vraiment à l'heure de déployer ce réseau informatique, et j'aimerais ça que vous nous donniez un peu l'état d'avancement du déploiement, mais également nous informer sur les prochaines étapes à venir.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. le ministre.

M. Bolduc: Bon. Au niveau du Dossier santé Québec, actuellement on est en déploiement dans la région de Québec et, au cours du printemps jusqu'à l'automne, on devrait réussir à rentrer la majorité, presque la totalité de toutes les pharmacies et également relier toutes les cliniques qui ont les systèmes informatiques. Donc, notre prévision: pour la fin de l'automne 2011, toute la région de Québec devrait avoir le déploiement du Dossier santé Québec, qui va comprendre les médicaments, dans un premier temps, et dans lequel on va relier la radiologie et les laboratoires. Par la suite, il y a des projets qui vont commencer entre-temps, on n'attendra pas la fin du déploiement à Québec. Il y va y avoir des projets au Saguenay—Lac-Saint-Jean, dans la région de Lanaudière, puis également on veut commencer Montréal, parce que, Montréal, c'est toujours une région qui est plus complexe à informatiser.

En même temps, on regarde comment est-ce qu'on peut faire pour faire du déploiement du dossier médical électronique dans la majorité des groupes de médecine de famille, cliniques-réseaux et voir s'il n'y a pas d'autres cliniques qui pourraient s'incorporer pour qu'on puisse informatiser. Et, au niveau des régions, on a demandé à chacune des régions de voir, si on avait à informatiser les établissements de santé, quel serait le système qui pourrait

être retenu et également d'avoir un plan d'informatisation par région.

On travaille en même temps sur les trois paliers, et, à la fin, ça finit par se rejoindre. L'objectif, c'est d'arriver à ce que j'appelle une pensée numérique, c'est-à-dire d'avoir des dossiers 100 % numériques, sans papier. C'est réalisable. Entre autres, le CHUM, actuellement, il est très avancé dans son informatisation, et je pense que c'est quelque chose qui est réaliste au cours des cinq prochaines années, qu'on puisse en arriver que la grande majorité du réseau de la santé soit informatisé.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles.

M. Chevarie: Oui, M. le Président. L'informatisation comporte également tout un volet sur les différents logiciels qui sont utilisés dans les établissements, et, concernant ce monde des logiciels, évidemment ça coûte passablement cher, vous allez probablement nous glisser un mot sur les coûts, mais j'aimerais ça vous entendre sur les dossiers cliniques informatisés et, à cet effet-là, toute la question de la numérisation liée à l'informatisation au dossier. Pouvez-vous nous donner un état de situation sur cet aspect-là?

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

M. Bolduc: Bon, au Québec, si on parle des établissements de santé, il existe actuellement au Québec quatre grands systèmes. On a OASIS, qui est sur l'île de Montréal avec le CHUM et le CUSM; nous avons Ariane, qui est à Sherbrooke, qui devrait être diffusé dans toute la région de Sherbrooke et qui est également disponible à Anna-Laberge; nous avons Purkinje, qui est à Trois-Rivières, à Lévis, également à Gaspé et à Pierre-Boucher; et nous avons le système Cristal-Net, qui est ici, à Québec, entre autres au CHUQ, et il va être également au Centre hospitalier universitaire affilié de Québec; et, toute la région de Québec, l'entente, c'est que ce serait avec le système Cristal-Net.

Donc, les systèmes sont informatisés. Ce qu'on a demandé aux établissements, c'est que ce soient des dossiers numérisés 100 %, mais, vous savez, il y a une transition à faire. Entre autres, les dossiers antérieurs sont papier, ce qui fait que progressivement on va numériser tout le dossier antérieur, qui va être accessible, juste à faire un clic sur l'ordinateur. Naturellement, il y a tout un code de sécurité où ce n'est pas n'importe qui qui a accès à toute l'information. Et ça, ça va nous permettre de développer ce qu'on appelle des systèmes 100 % numérisés.

Et, quand vous allez aller dans votre établissement, et même actuellement, si vous allez au CHUM, votre dossier, même s'il y a des papiers qui sont faits par le médecin à l'urgence, dans les 24 heures, c'est numérisé, et, le lendemain, vous avez accès à toute l'information de façon numérique. Ça va être une grosse différence pour notre réseau de la santé parce que ça va augmenter la performance. Et également inutile de vous dire que tout le transport des papiers... Juste pour vous donner, encore là, un exemple, le test de laboratoire qui va être fait dans un établissement va pouvoir être transféré de façon électronique dans le dossier médical du patient, dans sa clinique. Donc, tous les délais qui étaient reliés au transport de

l'examen vont être éliminés. C'est déjà comme ça dans la... Bien, dans une partie de ceux qui sont informatisés au Québec, ils ont déjà accès aux tests de laboratoire de leur hôpital, ils ont accès, certains, aux tests de radiologie de leur hôpital, mais ce que ça va faire avec le système du Dossier santé Québec, c'est qu'ils vont avoir accès à toutes les informations, quel que soit l'endroit où le patient ait eu ses examens.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député, il vous reste encore du temps, environ cinq minutes.

M. Chevarie: Oui? O.K. Est-ce qu'on a actuellement des GMF ou encore des cliniques qui sont entièrement informatisées, et si vous pouvez nous en donner quelques exemples?

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

M. Bolduc: Moi, j'en ai visité quelques-unes. On a ici, à Québec, la Place de la Cité, on a la Clinique Le Mesnil, puis vous avez également la Clinique Pierre-Le Gardeur, dans la région de Lanaudière-Sud, qui sont 100 % informatisées, et ce sont des systèmes qui fonctionnent très bien et qui sont conviviaux, et les commentaires que j'ai eus des médecins, c'est qu'ils ne s'en passeraient plus maintenant.

Donc, la technologie existe, et, au Québec, il existe entre cinq et sept systèmes pour les dossiers médicaux dans les cliniques, et ces systèmes-là vont tous venir à être 100 % numériques, comme on a... comme j'ai pu voir à Place de la Cité, à la Clinique du Mesnil et également à la Clinique Pierre-Le Gardeur.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député des Îles.

● (17 h 10) ●

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vous avais mentionné tantôt que j'aborderais la question de la télésanté, où on permet à des établissements en région et également à des clientèles d'avoir accès à des spécialistes qui sont, dans la plupart des cas, situés dans des centres urbains. Alors, on parle ici de la télésanté. Et les Îles-de-la-Madeleine ont été — j'étais directeur général à ce moment-là — un des établissements pilotes pour vraiment évaluer puis tester le système pour éventuellement faire en sorte qu'on puisse mettre ces modalités-là informatiques à la disposition et... pour nos professionnels et également pour la clientèle.

Alors, j'aimerais ça que vous puissiez nous brosser un tableau d'où en est rendue la télésanté au Québec et quelles sont aussi les prochaines étapes, si effectivement on continue à aller de l'avant dans ce domaine-là, au niveau de la télésanté.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des îles. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. C'est sûr qu'on va aller de l'avant, parce que les régions périphériques ont davantage à développer la télésanté. Puis, quand je dis «régions périphériques», même dans des régions de la Montérégie, si vous vouliez avoir une consultation avec

un médecin de Montréal, il y a certaines images qui pourraient être transférées ou il y aurait des consultations qui pourraient se faire à distance. Je vais vous donner un exemple: si vous avez quelqu'un qui est à... qui est aux Îles-de-la-Madeleine et qui a un problème au niveau d'une jambe, puis c'est une plaie, on peut maintenant faire des images et transférer ça directement à des dermatologues qui vont être sur le continent, et à ce moment-là ils vont pouvoir faire des diagnostics et recommander des traitements.

Et je vais vous donner une expérience personnelle que j'ai vécue récemment. Je suis allé visiter la région de Chibougamau-Chapais et, quand je suis allé visiter Chibougamau, ils m'ont dit qu'il y avait un système de télésanté qui était organisé entre Chapais et Chibougamau. C'est de la vidéoconférence. Et, quand je suis allé à Chapais, ils m'ont montré que des patients qui reçoivent de la chimiothérapie, ils s'assoient dans la chaise puis, avant de recevoir leur traitement, ils font une téléconsultation avec le pharmacien, qui est situé à Chibougamau, posent les questions, font les discussions, et par la suite le pharmacien va tout expliquer, comme s'il était en face de la personne, tout le traitement de la chimiothérapie. Je me suis assis dans la chaise, et puis la personne m'expliquait en quoi ça consistait, puis j'avais vraiment l'impression d'être un patient qui recevait des indications de quelqu'un qui était à distance. Si ça se fait entre Chapais et Chibougamau, je pense que ça peut se faire partout au Québec.

L'autre élément qui est intéressant, c'est la formation des médecins ou des professionnels à distance. Encore là, j'étais à Chapais, il y avait deux médecins qui étaient dans une salle de visioconférence, et ils étaient en train d'écouter une conférence qui était... avec 26 autres centres, une conférence qui était donnée par un spécialiste du CHUM. Quand je suis entré, je leur ai dit de ne pas dire un mot, et puis on a pesé sur le bouton pour que, nous autres, on entre en communication, et, moi, de Chapais, j'ai pu parler aux 26 centres pour leur dire que je trouvais ça magnifique, les formations qui se donnaient, et c'est quelque chose qu'on devait continuer. Auparavant, les personnes qui recevaient ces formations-là auraient dû se déplacer à Montréal, être dans un amphithéâtre, avoir un hôtel et prendre des journées pour avoir la même conférence qui pouvait durer 60, 90 ou 120 minutes.

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le ministre.

M. Bolduc: Donc, ce sont toutes les nouvelles technologies qui nous permettent d'offrir des meilleurs soins aux patients mais également d'offrir des meilleures formations à nos professionnels. Et ça, c'est disponible aujourd'hui. Comme je vous disais, j'étais à Chapais, population: 1 700, et ils avaient accès à tous ces services.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, ça conclut ce bloc ministériel. Je regarde de l'autre côté. Est-ce que ça serait à Mme la députée de Taschereau? Parce que je vois deux autres collègues à côté de vous.

Mme Maltais: M. le Président, je crois que mon collègue veut prendre la parole.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. le député de Berthier, vous avez la parole.

M. Villeneuve: Merci, M. le Président. M. le Président, en fait, je m'adresse au ministre aujourd'hui, je vous dirais, au nom de plus de 460 000 personnes de Lanaudière. 460 000 personnes, et vous savez comment on peut se perdre dans les chiffres. Tantôt, le ministre a avancé des chiffres sur la population de Lanaudière, alors peut-être corriger vos chiffres, M. le ministre. Alors, c'est... non pas 250 000 au sud et 130 000 au nord, mais c'est plutôt 262 000 au sud et plus de 200 000 au nord. Donc, une population, comme vous le savez, qui est en forte augmentation.

Vous avez dit tantôt que vous étiez le ministre de l'équité. En fait, on avait le slogan *La fierté a une ville*, maintenant on a *L'inéquité a un ministre*. En ce sens-là, comme vous le savez, et l'agence avance les chiffres de plus de 40 millions, donc, dans Lanaudière, on parle de plus de 40 millions en termes de sous-financement en santé et services sociaux. C'est une somme qui est considérable. Et, moi, j'aimerais entendre le ministre, M. le Président, à savoir comment il va corriger cette inéquité-là. Et je peux vous dire que les gens sont impatients, sont exaspérés par rapport à cette situation-là qui perdure depuis déjà trop longtemps.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Berthier. Juste un mot encore, il y a un bruit de fond, j'entends beaucoup de bruit. Alors, je vais inviter tous les membres de la commission, également les gens qui suivent nos travaux dans la salle, de garder le bruit à un minimum, s'il vous plaît.

M. le ministre, vous avez la parole.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Je vais remercier le député de Berthier, qui va me laisser le temps de bien expliquer qu'est-ce qui va être fait et qu'est-ce qui est commencé déjà à être fait.

Dans un premier temps, quand vous prenez la région de Lanaudière, Laval et Laurentides, c'est à peu près l'équivalent de 1,3 à 1,4 million de personnes. Vous avez à peu près 400 000 personnes qui vont chercher leurs services dans la région de Montréal, la même chose du côté de la Montérégie, où est-ce que vous avez 1,4 million de personnes. Vous avez à peu près 400 000 personnes qui viennent chercher leurs services du côté de Montréal.

La raison est très simple. C'est qu'il y a beaucoup plus de médecins à Montréal qu'il y en a dans la Montérégie, qu'il y en a à Laval, Lanaudière et Laurentides. Il y a un principe au niveau médical, le patient va suivre le médecin, et l'organisation des services va suivre également l'organisation médicale. C'est pour ça, tantôt, si vous avez pu écouter ce que j'ai dit par rapport à la région de Sorel, de Brome-Missisquoi et de Granby, il faut qu'on développe le plus possible les services localement et puis, à ce moment-là, ce qu'il faut faire, c'est développer les équipes médicales, d'où l'attribution de PREM, comme nous avons fait récemment pour la région de Lanaudière, Laval, Laurentides où ils en ont eu beaucoup plus que proportionnellement à leur population, si vous comparez avec le reste du Québec, parce qu'il y a beaucoup de récupération à faire.

En même temps qu'on va accorder des PREM, on s'organise pour que... on va développer les services localement. Puis je vais vous donner un exemple: à l'Hôpital de Pierre-Le Gardeur, vous n'avez seulement que deux ophtalmologistes. On va en accorder quatre. Donc,

ça va permettre aux gens du secteur de Lanaudière-Sud de se faire opérer localement plutôt que d'aller se faire opérer à Montréal. Et ça, c'est toutes des choses qui sont déjà établies. Mais, juste pour vous dire... puis je vais vous donner un peu ce que ça donne comme PREM... sortir par région, je vais vous le donner par région. Là, ce que ça veut dire, c'est qu'en augmentant vos PREM on va développer plus vos services et, en développant vos services, l'argent va suivre le patient, qui, lui, suit le service. Quand vous parlez d'une inéquité de 40 millions...

Mme Maltais: ...

Le Président (M. Sklavounos): Oui, Mme la députée.

Mme Maltais: Bien, il y a une règle, là, quand la question est brève, la réponse doit être brève, c'est tout.

Le Président (M. Sklavounos): Je peux vous dire qu'à date je remarque, c'est chronométré, c'est pas mal correct. La question a duré deux minutes à elle seule, alors le ministre...

Mme Maltais: ...est bien parti.

Le Président (M. Sklavounos): ...en est presque à deux minutes. Alors, la réponse est... et, selon la jurisprudence, évidemment la réponse est un petit peu plus longue que la question. Alors, M. le ministre, allez-y, poursuivez.

M. Bolduc: M. le Président, ce n'est pas une question oui ou non qu'il m'a posée, c'est une question ouverte, et c'est important de bien finir les explications, parce que le côté de l'inéquité, on veut le corriger. Pour compléter, c'est que c'est déjà commencé, la correction des inéquités, parce qu'en vous attribuant des spécialistes de plus, en corrigeant l'inéquité au niveau des médecins de famille, en corrigeant l'inéquité au niveau des spécialistes, ça va vous aider.

Également, lorsque le premier ministre a annoncé, récemment, l'investissement de 150 millions de dollars cette année pour les personnes âgées et de 50 millions de dollars l'année prochaine de supplémentaire, donc un 200 millions de dollars récurrent, on sait que l'endroit où il y a le plus de pénurie pour les ressources intermédiaires, c'est dans les régions de Lanaudière, Laurentides et Laval, et justement ils vont avoir la grosse partie du gâteau justement pour compenser ce manque de ressources de ce côté-là. Inutile de vous dire que, si on investit des dizaines de millions de dollars de plus en ressources intermédiaires dans votre région, ça permet de corriger l'inéquité.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Berthier.

M. Villeneuve: Merci, M. le Président. C'est un plan de match, à mon avis, qui est cousu de fil blanc, M. le ministre. Vous n'énumérez que quelques aspects du problème. Le problème est beaucoup plus large que ça. Il touche l'ensemble des services sociaux, santé et services sociaux dans Lanaudière. On parle de 40 millions. Ce que vous venez d'énumérer finalement ne touche pas l'ensemble de la problématique, elle est beaucoup plus large que ça.

Moi, je voudrais vous entendre, M. le ministre, là. Dites-moi où est le programme qui va venir faire en sorte qu'on va corriger ce sous-financement-là dans les plus brefs délais. Et, vous savez, on parle d'une démographie très élevée. À chaque année, hein, depuis les trois dernières années, le ministère a sous-évalué l'augmentation de la population dans Lanaudière, et, à ce titre-là, nous sommes... Écoutez, on ne veut pas déshabiller Jacques pour habiller Jean. Vous parlez d'équité, hein, alors c'est de ça qu'on veut entendre parler, nous aussi, d'équité. Alors, on veut juste s'assurer que les gens vont l'avoir et on veut savoir quand. Parce que, là, je vous écoute depuis l'après-midi, là, et tout ce que j'entends finalement, là, c'est des « nous allons, nous allons, nous allons ». Nous aimerions beaucoup entendre: Voici ce que l'on va faire maintenant. Alors, j'aimerais vous entendre de façon claire et précise là-dessus.

● (17 h 20) ●

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Berthier, comme j'ai fait un rappel aux collègues d'éviter, dans la mesure du possible, de s'adresser directement au ministre, c'est toujours mieux de s'adresser au président pour le bon déroulement des travaux.

M. le ministre, vous avez la parole.

M. Bolduc: Bien, je pense que le député devrait suivre plus ses dossiers dans sa propre région. Les plans d'effectif sont déjà annoncés. Les plans d'effectif sont déjà annoncés, et on a rencontré les établissements, et les députés ne peuvent pas dire que ce n'est pas vrai. D'ailleurs, quand je suis allé annoncer l'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, ils m'ont dit: Ça va nous prendre des plans d'effectif. On tient à le dire, les plans d'effectif sont déjà annoncés. Allez voir votre agence régionale et ils vont vous donner le nombre d'effectifs qui vous a été autorisé. Également, au niveau des ressources intermédiaires, on a annoncé récemment le plan de 150 millions qui devrait s'activer cette année.

Ça fait que, quand les gens nous disent que ça leur prend des dates puis... Quand est-ce que ça va se faire? Ça ne se fait pas en une journée, mais je peux vous dire que, cette année, déjà, il va y avoir de l'annonce au niveau des ressources intermédiaires. Le député de Berthier, j'espère, écoute à ce niveau-là, parce que déjà on a annoncé des places en CHSLD, qui sont en train de se faire dans votre secteur, et, également du côté de Lanaudière-Nord, il y a des ressources intermédiaires qui sont en train d'être développées avec l'établissement.

Donc, il y a déjà des choses qui se sont faites et il y a des choses qui vont se faire encore. Pour ce qu'il s'agit... Ce n'est pas le ministère qui a sous-estimé les populations, ce sont les... Statistique Canada, en 2001, qui avait fait une mauvaise prévision par rapport à la croissance, et ça a été corrigé avec les données de 2006. Donc, je pense que le député peut être fier du travail qu'on a fait. Et, comme de fait, ils ont assisté à toutes les annonces que j'ai faites. Ils iront également voir le député de... du lac de Deux-Montagnes, où on a fait une grosse annonce, et on a fait une inauguration de l'Hôpital de Saint-Eustache.

Ce qu'il faut voir, les régions de Laval, Laurentides et Lanaudière sont interreliées. Ce sont trois régions avec une grosse augmentation de population et ce sont trois régions dans lesquelles il y avait une pénurie des effectifs. Je ferais remarquer au député que le Parti libéral est celui qui a investi le plus dans vos trois régions et c'est

celui... c'est notre parti qui va corriger les inéquités qui existent depuis plusieurs années.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Berthier.

M. Villeneuve: M. le Président, si je peux rappeler au ministre qu'il y a une façon fort simple pour lui de savoir à combien est la population au Québec, la RAMQ émet des cartes. Alors, je pense que, là, c'est trop facile de dire qu'on n'a pas eu les statistiques, ou ce n'est pas nous qui... ce n'est pas de nous que vient l'erreur. Écoutez, il y a une chose qui est très claire. Le ministère, et ça, c'est clair, le ministère a évalué le sous-financement dans Lanaudière à 40 millions. Quand allez-vous corriger la situation? Quand allez-vous nous déposer un échéancier clair avec des objectifs clairs pour qu'on puisse enfin voir, si je peux dire ça comme ça, la lumière au bout du tunnel? Quand allez-vous nous présenter quelque chose de clair?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Berthier. M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, il faut juste que ce soit clair. Les données de l'assurance maladie ne donnent pas nécessairement la population d'une région. O.K. Ça peut donner une approximation, mais ça ne donne pas une idée très précise. Puis l'autre affaire, il faut faire des prévisions, et, lorsqu'on base notre donnée sur 2001-2006, c'est encore les meilleures prévisions que l'on peut faire.

Pour ce qu'il s'agit de la correction, c'est déjà entrepris, parce qu'il y a des investissements majeurs qui se font dans les trois régions, qui, je tiens à le dire, sont liées: Lanaudière, Laurentides et Laval. Trois régions qui étaient sous-financées. On investit plus au niveau de Saint-Eustache. Je suis allé visiter des secteurs comme Saint-Jérôme, il y a des travaux à faire là également, et prochainement on va investir beaucoup au niveau des personnes âgées pour corriger le manque de personnes en ressources intermédiaires. Également, au niveau de... je suis allé faire des annonces — vous étiez présent — à Pierre-Le Gardeur, puis nous sommes allés faire des annonces à Lanaudière-Nord, à Joliette, et c'est tous des travaux qui sont en train de se faire actuellement.

Je pense que la correction est entreprise. Il y a encore une partie des patients qui, malgré le fait qu'on va corriger, vont continuer à se faire traiter dans la région de Montréal tout simplement parce qu'ils travaillent à Montréal. Donc, le principe également, c'est que l'argent va suivre le patient.

L'autre élément que j'aimerais que les députés prennent en considération... Bien, M. le Président, j'aimerais ça peut-être juste expliquer l'inéquité, là...

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): On va permettre à M. le ministre de terminer, parce que quand même il y a...

M. Bolduc: L'autre élément qu'il faut voir, c'est que, dans votre région... dans les régions des trois L va ouvrir bientôt le centre de cancérologie avec la radiothérapie, qui va arriver à Laval. C'est des investissements de millions de dollars qui nous aident à corriger l'inéquité.

Juste pour vous dire, l'inéquité ne veut pas dire que les patients ne recevaient pas des services. Les patients allaient chercher des services à Montréal, et l'argent suit le patient. Donc, si on veut ramener l'argent dans votre région, il faut développer les services. Bien, j'espère que les députés comprennent comme il faut, parce que ça fait 10 fois que je leur explique puis ils ne comprennent pas encore.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci, M. le ministre. Il faut...

Des voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Attendez, attendez, attendez, tout le monde, s'il vous plaît. Je donne la parole. La seule personne qui donne la parole à quelqu'un ici, c'est le président. On va éviter de s'interpeller et s'interrompre pour le bon déroulement de nos travaux. Ça va? M. le ministre a terminé. Mme la députée, vous avez la parole, mais j'invite tous les parlementaires à éviter de s'interpeller puis interjeter des commentaires pendant que quelqu'un d'autre a la parole. Merci beaucoup. Mme la députée de Taschereau, allez-y.

Mme Maltais: Le Parti québécois a bâti l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, premièrement, hein? C'est déjà quelque chose. Deuxièmement, nous avons annoncé le règlement de l'inéquité, ça devait se faire sur un échéancier de cinq ans, et, dès 2002, nous avons investi des sommes dans l'inéquité régionale. Depuis que le Parti libéral est au pouvoir, on a cessé de vouloir régler l'équité... l'inéquité. Le propre ministère de la Santé a évalué, l'année dernière, les sommes qui sont dues à la région à cause de la forte inéquité, et c'est 40 millions de dollars. L'impact sur les citoyens, M. le Président, c'est que, ce matin même, aujourd'hui, à Pierre-Le Gardeur, l'urgence... les civières à l'urgence sont occupées, le ratio, c'est 150 %. À Joliette, 218 %. Pourquoi? Parce qu'on manque de soins pour être efficaces dans la région, on manque de soins parce qu'on manque d'argent pour les donner.

Alors, M. le ministre, pouvez-vous, s'il vous plaît, pour une fois, répondre et nous donner un échéancier? J'ai bien dit que pendant cette étude de crédits on est absolument incapables, jamais, d'avoir un engagement clair. Il y a toute une région qui s'est levée et qui vous demande... Les députés, ils sont ici, là, parce qu'ils y croient, ils sont dans leurs régions, ils voient les citoyens qui ont besoin d'aide et ils vous demandent: Allez-vous enfin reprendre là où on avait laissé et régler l'inéquité régionale? C'est ça, la demande à laquelle on vous demande une réponse.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau, vous êtes une parlementaire d'expérience, vous savez que, lorsqu'on commence à adresser les questions directement au ministre, le ton monte de part et d'autre, ce que j'essaie d'éviter. Alors, je vais inviter tous les parlementaires encore une fois de s'adresser à la présidence. Allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, le PQ avait annoncé beaucoup d'affaires, mais ils n'ont rien fait. C'est nous autres qui est en train de corriger les inéquités, ce sont nos travaux qui font qu'on va être capables de les corriger. En plus de ça, on a déjà investi dans votre région

au niveau des CHSLD, au niveau des ressources intermédiaires, vous devriez aller visiter un peu plus vos établissements puis aller voir qu'est-ce qui se fait localement. De plus, il va y avoir encore des investissements très bientôt. Dans les prochaines semaines, on va annoncer des investissements majeurs au niveau des ressources intermédiaires, parce que vous êtes en forte pénurie. Et ce que je vous explique là, c'est tous les mécanismes d'équité qu'on est en train de mettre en place. Et, je tiens à vous le dire, on veut que les trois régions aient les mêmes services qu'ailleurs, et ça prend des investissements majeurs, que nous faisons actuellement, que nous avons faits, que nous faisons et que nous allons continuer à faire jusqu'à la correction totale des inéquités. Et puis je pense que vous êtes très au courant. Si vous êtes de bonne foi, et j'assume que vous êtes de bonne foi, vous allez reconnaître que je suis allé souvent dans votre région, j'ai fait des annonces, et actuellement, juste pour vous dire, il y a des places en CHSLD qui sont en train de se développer dans le coin de Pierre-Le Gardeur.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, j'ai cru comprendre que c'est M. le député de Terrebonne qui prendra la parole maintenant. Alors, allez-y, M. le député de Terrebonne.

M. Traversy: Merci, M. le Président. Écoutez, M. le ministre de la Santé, ce n'est pas par plaisir qu'on vous lance un cri du coeur, là, comme ça, aujourd'hui, autour de cette table, c'est que les problèmes durent depuis bientôt trop longtemps. Cette inéquité interrégionale dont souffre Lanaudière, là, se vit à tout plein de niveaux. On en a parlé depuis le début de la conversation, il y a aussi les organismes communautaires qui souffrent de sous-financement. Notre région est en explosion démographique, on a besoin davantage de ressources financières et humaines pour livrer les services à la population. Le plus bel exemple que je pourrais vous donner, M. le ministre, c'est au niveau des problèmes de troubles envahissants du développement. Il y a une rupture de services dans Lanaudière pour tous les enfants de 13 ans et plus, concernant ces problèmes de santé, et il y a une grosse liste d'attente, importante, pour les enfants âgés entre zéro et 12 ans. Ça prendrait 6,8 millions de dollars pour corriger la situation, et on n'a rien à l'horizon, devant nous, absolument rien.

Qu'est-ce que le ministre de la Santé... Qu'est-ce que vous voulez faire au cours des prochaines années pour nous aider à donner à la population les services auxquels ils ont droit?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Terrebonne. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. On va investir dans... au niveau des ressources, c'est ce qu'on a besoin. Juste pour vous donner un exemple, puis le député de Terrebonne était là quand j'ai... je pense que vous étiez là quand j'ai fait l'annonce au niveau de l'agrandissement des 164 lits qui sont prévus, vous êtes venu me voir en avant et vous m'avez dit... M. le Président, il m'a dit, il m'a demandé: Maintenant, ça nous prendrait des médecins, parce que ça va nous prendre des plans d'effectif. Je lui ai dit: Bientôt, on va faire l'annonce des plans d'effectif, et vous allez en avoir plus. Le député devrait témoigner aujourd'hui qu'on a réalisé notre engagement de ce côté-là.

On a annoncé plus de médecins, on a annoncé plus de ressources, on a également évalué la pénurie, le manque de ressources au niveau des ressources intermédiaires, au niveau des CHSLD, on est en train de corriger l'inéquité à ce niveau-là. Même chose au niveau des services sociaux, il y a des travaux qui vont se faire, puis il y a des travaux qui sont en cours actuellement.

Et, quand les gens nous disent toujours: C'est quand? C'est quand?, c'est toujours bien plus rapide qu'avec le Parti québécois, parce que, nous autres, on est dedans. Puis, en passant, je l'ai dit, qu'il y avait des inéquités, et je l'ai dit, qu'on allait les corriger. Sous le régime du Parti québécois, il n'y avait pas eu de prévision par rapport à ça.

● (17 h 30) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Terrebonne.

M. Traversy: M. le Président, écoutez, je présume de la bonne foi du ministre qui nous dit qu'il reconnaît l'inéquité. Est-ce que son ministère, lui, la reconnaît, cette inéquité? Parce que, dans les faits, on veut avoir les services auxquels la population est en droit de s'attendre. On veut savoir quand aussi on va les avoir, parce que, lorsque vous venez faire des annonces, c'est toujours dans des prévisions, souvent, à moyen, long terme. Des fois, même quand vous venez en annoncer une deuxième, la première annonce n'est même pas encore complétée. Donc, comprenez qu'à un moment donné aussi les citoyens commencent à devenir impatients. Et c'est dans le concret immédiat, là, qu'il y a des correctifs qui doivent être posés. Quand allons-nous avoir, là, un début de lueur de solution?

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

M. Bolduc: Bien, je suis content que le député reconnaisse que je vais aller faire une deuxième annonce, puis la première n'est même pas encore complétée. Ça veut dire qu'on est vraiment souvent dans votre région puis qu'on s'organise pour aller faire tout ce qu'il faut pour... Et, oui, le ministère le reconnaît. Pourquoi? Parce qu'on travaille ensemble. Je travaille personnellement puis avec toutes nos équipes du ministère. Les évaluations, on est conformes. Vous êtes même d'accord avec les évaluations au niveau des inéquités, et nous sommes en train de les corriger.

Et je vais vous le dire: Prochainement, on va annoncer des ressources intermédiaires dans vos régions, parce que vous êtes en pénurie à ce niveau-là. On veut vous mettre au même niveau que dans toutes les régions. C'est vrai pour la Montérégie, c'est vrai pour Lanaudière, Laurentides et Laval. Et ce qu'il faut, c'est... Et on a déjà fait des annonces, on va retourner en faire, parce qu'on va en faire jusqu'à ce que l'inéquité soit corrigée. Vous pouvez être assuré qu'on prend en considération les besoins de votre région, et je le dis: La solution, également, pour les soins de santé à Montréal passe par le développement des soins de santé dans la région des trois L et dans la région de la Montérégie, parce que vous avez 400 000 personnes de votre population qui vont se faire traiter à Montréal.

Un bel exemple de récupération de population... Et ça a pris quelques années, construire un centre de radiothérapie; ça prend quatre à cinq ans juste le construire. On va en construire un... On va en inaugurer un très bientôt à Charles-Le Moyne, et qui est presque terminé, et on va inaugurer dans l'année celui de Laval. Et, oui, c'est

des réalisations qui sont faites, oui, ça prend du temps, mais on a commencé au début du mandat à vouloir corriger l'inéquité dans vos trois régions.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, il reste deux minutes pour une question et une réponse. Alors, allez-y, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Le ministre vient de dire quelque chose qui... qui me fatigue, qui est sur le bord de m'enrager, là. L'équité, là, on avait promis de la régler, c'est dans tous les documents de l'époque. Alors, qu'il aille travailler un petit peu, lui aussi, de temps en temps. Au lieu de narguer les jeunes députés, là, qu'il aille faire sa job, là. L'équité régionale, on avait promis de la régler puis on avait commencé à dégager les sommes.

Depuis que vous êtes au pouvoir, cette équité, elle n'a jamais été reconduite, jamais les sommes ne sont rentrées dans la région. La population continue de grandir, et regardez ce que ça donne: vous êtes pris avec des problèmes dans les urgences; en plus, vous avez envoyé du monde dans un CHSLD qui n'avait pas d'allure, où les gens étaient maltraités. Il y a un problème de financement, d'équité interrégionale.

Ce qu'on essaie de savoir, ce qu'on essaie d'avoir de votre part, c'est un échéancier. Nous, on en avait lancé un, échéancier. Vous, c'est lequel, le vôtre?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, c'est un bel exemple, M. le Président, là, quand on parlait... on a ouvert des places dans un endroit qui est l'ancien hôpital Charles... Charles-David? Claude-David... l'ancien hôpital Claude-David. J'ai visité les chambres. C'est des chambres qui sont très conformes et qui...

Une voix: ...

M. Bolduc: Non, excepté que... les chambres... les chambres étaient très conformes. Et juste pour vous dire: En attendant qu'on rénove justement le centre pour qu'il soit rendu conforme, et c'est des investissements qui sont annoncés, des investissements qui vont se réaliser très bientôt...

Également, quand on... la députée dit qu'il n'y a rien... fait, moi, je relis l'ensemble de la région de Lanaudière, Laval et des Laurentides: dans Lanaudière-Nord, Joliette, il y a des... présentement des lits de CHSLD qui sont en train de s'ouvrir à l'extérieur de l'établissement. Donc, c'est des investissements qui sont faits. J'ai vérifié également avec la directrice générale, Marie Beauchamp, et elle m'a confirmé que le projet allait très bien. Du côté de Laval, c'est quand même nous autres qui a fait l'annonce du centre de radiothérapie et d'oncologie, qui est un projet de plusieurs dizaines de millions de dollars.

La troisième place, c'est l'hôpital Saint-Eustache...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le ministre.

M. Bolduc: ...hein, ceux qui ont décidé d'agrandir l'hôpital de Saint-Eustache, investir 40 millions de dollars, c'est notre gouvernement. Ça fait que, quand vous venez

dire qu'on n'investit pas dans votre région, je pense que vous devriez aller refaire vos devoirs puis aller voir tout ce qu'on a investi et également qu'est-ce qu'on va investir encore dans les prochains mois et les prochaines années.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Sur ce, je vais regarder du côté des ministériels et je vais céder la parole à Mme la députée de Hull. Vous avez la parole, Mme la députée.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. C'est sûr qu'on pourrait, tout le monde, parler de notre région puis de faire valoir les inéquités inter-régionales, parce que c'est un message qui est souvent... qui est souvent propagé au sein des agences et des établissements. Même les médecins nous disent aussi qu'ils souffrent de cette inéquité. Alors, c'est sûr que ce n'est pas simple de régler ça. C'est des équations, ce sont des données populationnelles.

Puis je vais en profiter pour parler de l'Outaouais. On a parlé beaucoup de la région des gens d'en face, puis, en Outaouais, je suis très heureuse, parce que M. le ministre, M. le Président, fait souvent référence à la région de l'Outaouais dans ses interventions, mais ça ne veut pas dire que c'est tout rose en Outaouais, parce que c'est chez nous, dans notre région, où on souffre le plus gravement de la pénurie de la main-d'oeuvre dans plusieurs domaines de la santé.

Vous savez, l'Outaouais, c'est la porte d'entrée de l'Ontario, puis, en Ontario, lorsqu'une infirmière ou un médecin va travailler de l'autre côté, il gagne des dizaines de milliers de dollars de plus que chez nous. Alors, il faut user de beaucoup d'ingéniosité pour les garder dans notre réseau de la santé. Et d'ailleurs notre ministre, M. le Président, a déjà travaillé dans la région de l'Outaouais, il connaît la réalité, et, pour vous présenter un projet que le caucus de l'Outaouais avait défendu auprès du prédécesseur de notre ministre, M. Couillard, il nous a octroyé, en 2008, un statut particulier, à l'Outaouais, assorti d'un 20 millions de dollars récurrent qui peut être utilisé à plusieurs niveaux.

Chez nous, on avait travaillé avec les gens du ministère, on avait établi qu'on avait besoin des primes d'installation pour les médecins. Parce qu'à force de faire un cercle noir autour d'une région en matière de santé ça fait en sorte que... C'est un petit monde, le Québec, puis les médecins, ils ne viennent pas s'établir chez nous. Ils sortent de l'école puis ils disent: L'Outaouais, c'est un paquet de troubles; moi, je m'en vais dans l'est, dans l'ouest... pas dans l'ouest, mais dans le nord, et tout ça. Alors, il a fallu vraiment travailler avec le ministre, M. Couillard, pour réussir à le convaincre que l'Outaouais avait besoin d'une aide supplémentaire. 20 millions récurrents, ça fait des envieux partout au Québec, et, croyez-moi, ils sont investis de façon à mener au meilleur recrutement et rétention du personnel. D'ailleurs, les primes avaient tellement été bien évaluées puis identifiées par rapport aux besoins des infirmières que, lors des négociations qui ont eu cours récemment, ce sont ces mêmes primes qui ont été offertes à toutes les infirmières du Québec, alors c'est dire qu'on répondait aux besoins du personnel médical de la région.

On a fait aussi un autre projet avec les gens du milieu, les partenaires du milieu, ça s'appelle: consortium Campus santé Outaouais, parce qu'on a pris le pari, en Outaouais, que, si on formait les gens en Outaouais, ils

resteraient pour pratiquer. Alors, vous savez, c'est un consortium qui comprend, là, l'université, Emploi-Québec, toutes les institutions... les établissements de santé, la table régionale médicale, le caucus régional, le ministère de l'Éducation, l'Université McGill, tous les collègues, tout le monde s'est mis ensemble, s'est assis à la même table pour pouvoir trouver des solutions qui allaient mener à un meilleur recrutement des médecins. Mais c'est sûr que... Puis il y a aussi l'Unité de médecine familiale, auquel M. le ministre a fait référence tout à l'heure, qui fait en sorte qu'il y a 50 % des stagiaires qui s'établissent en Outaouais, qui pratiquent.

Alors, je pense qu'on a gagné notre pari, mais tout n'est pas réglé, là, croyez-moi; notre plan régional d'effectifs médicaux est toujours incomplet. Même si on augmente le nombre de spécialistes qu'on peut accueillir en Outaouais, malheureusement on ne réussit pas à les recruter, puis ça, ça fait en sorte que, oui, les différents services sont... les listes d'attente peuvent être un petit peu plus longues que prévu, mais je sais que, depuis 10 ans... c'est-à-dire, au cours des 10 dernières années, on a formé deux fois plus de médecins qu'il y a 10 ans. Alors, on peut penser qu'à un moment donné on va arriver à combler tous ces plans d'organisation du travail.

Et, je vais vous dire, ma question est justement par rapport au travail des médecins. Parce que, dans une région comme l'Outaouais, on a Ottawa de l'autre côté, avec toutes les associations médicales canadiennes, on a plusieurs organismes canadiens qui viennent recruter nos médecins après qu'ils aient fait leur temps dans le réseau au Québec, les activités médicales particulières, et après ça ils peuvent aller travailler dans un cabinet, dans une clinique médicale, dans une coop santé.

● (17 h 40) ●

Puis je voudrais dire à la députée de Taschereau que c'est né en Outaouais, ça, les coops santé. Chez nous, il y en a plusieurs. Chez nous, on y croit parce que ça fait en sorte que ça désengorge les urgences puis ça fait en sorte que les gens peuvent aller dans des cabinets rencontrer leur médecin ailleurs qu'à l'hôpital. À l'hôpital, on le sait, ça coûte cher. Tous les soins de santé, dans un établissement dans le réseau, sont beaucoup plus dispendieux que dans une clinique. Les cliniques-réseaux... Puis c'est pour ça que notre ministre a vraiment voulu augmenter le nombre de groupes de médecine familiale, les cliniques-réseaux. Toutes ces entités-là font en sorte qu'on désengorge l'hôpital puis on laisse la mission première de l'hôpital aux médecins qui y oeuvrent de jour en jour.

Puis aussi, par rapport à l'organisation du travail, on n'en parle pas souvent, mais la coordination des soins, là, elle se heurte régulièrement à toutes sortes de facteurs; les rigidités corporatistes... Vous comprendrez qu'il y a beaucoup de gens qui nous demandent, en Outaouais, pourquoi est-ce que les médecins, les infirmières, vous ne les payez pas plus cher, ça fait que, comme ça, ils n'iraient pas travailler en Ontario? Mais le Collège des médecins puis la Fédération des médecins spécialistes du Québec, eux, ils n'entendent pas à ce que certains de leurs membres gagnent plus que les autres ailleurs au Québec; puis ça, on peut comprendre ça. Alors, la solution, elle n'était pas là.

Il y a aussi toute la bureaucratie puis les syndicats, aussi, hein, qui viennent quelquefois compliquer la fluidité dans l'offre des soins de santé dans un hôpital. Puis ça, je pense que tout le monde en est très, très conscient. Ça

fait en sorte qu'on a recours malheureusement — la députée de Taschereau l'a dit tout à l'heure: en Outaouais, au CSSS de Gatineau, on doit recourir aux agences privées puis on doit y investir des montants importants. Mais il y a des raisons qui font en sorte qu'on doit se rendre jusque-là, et on y travaille très, très précisément.

Alors, ce que je vous dis depuis tantôt, c'est qu'on forme plus de médecins, on leur donne toutes sortes de façons pour mieux travailler, pour mieux accueillir les patients. Et par contre on sait que l'ensemble des services, on ne peut pas encore l'offrir comme on le souhaiterait, là, présentement. Ça fait que, moi, je voudrais comprendre, M. le Président, je voudrais que le ministre nous explique, c'est très complexe, hein, les soins de santé, puis tout ça, le déploiement, et je voudrais que vous me parliez des activités médicales particulières. Parce qu'on parle aussi du privé, du public, puis je pense que les médecins doivent s'en tenir à certaines activités obligatoires. Alors, pour mieux comprendre c'est quoi, les obligations de nos médecins, j'aimerais vous... j'aimerais, M. le Président, entendre M. le ministre.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. M. le ministre, vous avez la parole.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Si la députée de Hull me permet, j'aimerais juste, vu qu'elle a touché aux unités de médecine de famille, pour dire qu'un des investissements majeurs que nous avons faits dans la région de Lanaudière, c'est une nouvelle unité de médecine de famille à Lanaudière-Nord, à Joliette, puis une unité de médecine de famille également à Repentigny, justement au centre Claude-David, et on sait que les unités de médecine de famille, comme le disait la députée de Hull, l'unité de médecine de famille est la meilleure façon de recruter et de faire de la rétention au niveau des médecins. Et, à chaque fois qu'il y a une unité de médecine de famille qui ouvre dans une région ou dans un secteur, ça permet à plus que 50 % des médecins de rester sur place, en plus d'avoir été formés. Au Québec, ça été une des meilleures stratégies qu'on a pu avoir. D'ailleurs, dans la région de Lanaudière, avant qu'il y ait les unités de médecine de famille, ils avaient plus de postes que de médecins; maintenant, ils ont plus de médecins que de postes. Donc, c'est signe d'une grande réussite du côté de ces investissements dans la région de Lanaudière.

Les activités médicales particulières ont été mises en place au début des années 2000 tout simplement parce qu'il y avait des médecins... il y avait une pénurie de médecins au niveau des urgences puis au niveau des activités hospitalières, et, quand les médecins sortaient, s'installaient en bureau, il y avait eu des ruptures de services, dont entre autres à l'Hôpital de Shawinigan. Donc, c'est sous François Legault à l'époque, qui était ministre de la Santé, qu'il y a eu... qu'ils ont réalisé qu'il fallait absolument qu'il y ait plus de médecins qui travaillent en établissement. À ce moment-là, il a été établi que chaque médecin qui terminait devait faire environ... devrait faire pas environ, mais devait faire au moins 12 heures de travail en établissement de santé, selon ce qu'on appelle des activités médicales prioritaires. Ces activités médicales étaient réparties en six grandes catégories, dont la première était l'urgence. Donc, pour éviter des ruptures à l'urgence, on a demandé aux médecins de s'impliquer et on les a

obligés à faire un minimum d'heures, qui est le minimum de 12 heures. Pour le reste du travail, le médecin peut décider de le faire soit en établissement ou soit en clinique. Ça a eu un effet, quand même, qui est bénéfique, parce que ça a permis de couvrir les services que l'on considère vraiment essentiels, qui sont les services à l'hôpital: l'hospitalisation, l'urgence et l'obstétrique.

Actuellement, au Québec, ça va relativement bien. Comme vous avez pu voir, on n'a plus de rupture de services déjà, depuis quelques années. De temps en temps, il y a des endroits, je vous dirais, où est-ce que le service... souvent, c'est dans des endroits où est-ce que le service est maintenu seulement que pendant 12 heures qu'il faut faire plus d'efforts. On a une banque de médecins également, au Québec, qui font de la couverture dans ces établissements-là, mais les activités médicales particulières ont permis d'équilibrer la pratique médicale en termes de soins qui sont donnés à l'hôpital et en cabinet.

Actuellement, on veut maintenir les activités médicales particulières, mais, avec le nombre de médecins qui va arriver sur le marché du travail, possiblement que ça ne sera pas juste l'urgence ou encore l'obstétrique, mais il y a d'autres catégories qui sont acceptées comme activités médicales particulières. Mais ça nous permet d'offrir des services sans rupture de services pour les services essentiels.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup. Alors, on comprend un peu mieux que les médecins doivent contribuer, là, à l'offre de services dans... Là, je parle dans l'Outaouais, là, à l'Hôpital de Hull, les gens doivent... les médecins doivent donner certaines... un certain nombre d'heures par semaine, ou peu importe, là, à l'hôpital avant de pouvoir donner des services dans les cliniques, comme je mentionnais tout à l'heure.

Je veux vous parler des infirmières aussi, parce qu'on parle souvent des médecins, du bloc opératoire puis... mais ils ont besoin de beaucoup de personnel, les chirurgiens, pour pouvoir répondre à la demande puis réduire les listes d'attente. C'est souvent un des éléments qui fait en sorte qu'ils ne peuvent pas pratiquer autant de chirurgies qu'ils le souhaiteraient. Moi, en tout cas, il y a des médecins qui viennent m'en parler régulièrement parce que c'est ce qui a fait que... c'est ce qui a fait que mon prédécesseur et les autres députés de l'Outaouais de l'époque, avant mon arrivée, ont pu mettre de l'avant ce fameux Campus santé, parce qu'on voulait aussi former des infirmières, des infirmières auxiliaires, du personnel préhospitalier, des inhalothérapeutes. Ça, ce sont toutes des formations qui, depuis qu'on a octroyé ce statut particulier et ce Campus Santé Outaouais, ont permis de vraiment diplômé tout ce personnel médical qui oeuvre présentement dans notre réseau.

Mais le grand défi, aussi, c'est la rétention. Comme je le mentionnais, nous, on est aux portes de l'Ontario. Puis c'est souvent attrayant pour notre personnel: on a même des hôpitaux francophones de l'autre côté, en Ontario. Alors, souvent ils sont sollicités, et, qu'est-ce que vous voulez, c'est comme ça, la réalité du réseau. Mais, moi, je voudrais savoir qu'est-ce qu'on a mis de l'avant pour assurer justement... Vous savez, un étudiant qui sort du collège, là, avec son diplôme en poche, il ne connaît pas vraiment la réalité

de notre réseau. Il ne connaît pas aussi tous les aspects, là, qui nécessitent beaucoup de précisions, de connaissances, de savoir-faire. Puis, quand on est débordés, on n'a pas le temps de former le monde autour puis de leur expliquer précisément toute la nature de chaque tâche. Et c'est ce qui fait que souvent la jeune main-d'oeuvre délaisse la profession, délaisse le réseau et va peut-être se former dans un autre domaine. Je veux savoir si c'est quelque chose, M. le Président, que M. le ministre et le ministère ont étudié, et s'il y a des stratégies ministérielles qui ont été mises de l'avant.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, M. le Président, je demanderais à Mme Édith Lapointe de répondre à cette question.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, Mme Lapointe... Ça prendrait le consentement des membres pour que Mme Lapointe prenne la parole. Ça va, du côté ministériel. Ça va, du côté de l'opposition officielle également? Alors, Mme Lapointe, il va falloir vous présenter à nouveau, et allez-y.

Mme Lapointe (Édith): Alors, Édith Lapointe, sous-ministre adjointe à la DGPRM.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y. Vous avez la parole.

Mme Lapointe (Édith): Merci, M. le Président. Alors, il y a deux mesures qui ont été mises en place, une qu'on a mise en place depuis 2009, qu'on appelle le préceptorat, donc l'encadrement clinique. Ce que ça vise, c'est de permettre de dégager les infirmières qui sont plus expérimentées pour venir encadrer des jeunes infirmières qu'on trouve, il faut le dire, plus sur les quarts de soir et les quarts de nuit. Donc, c'est un programme pour lequel on a investi 13,5 millions depuis 2009. Cette année, on a reconduit ce programme-là de l'ordre de 14,2 millions. On a apporté quelques changements... Parce que vous soulevez le fait que ce sont nos jeunes infirmières qui quittent.

Alors, la première année, en 2009, les deux premières années, 2009, 2010, bien cette mesure-là s'adressait aux infirmières de moins de trois ans de pratique. Ce qu'on a constaté, c'est que c'est surtout nos moins de deux ans de pratique qui quittent. Alors, on a voulu conserver les mêmes sommes, ou même les majorer un petit peu plus, pour faire en sorte de les appliquer pour les infirmières, infirmières auxiliaires de moins de deux ans. Alors, c'est une mesure qui va très bien. Mais à ça je vous dirais qu'on a ajouté une mesure aussi qui découle de la convention collective, qu'on appelle les horaires sur rotation. Alors, ce qu'on fait, c'est qu'on permet aux établissements de créer des postes, par exemple, six mois de soir, six mois de jour.

● (17 h 50) ●

Encore là, on voit que nos jeunes infirmières souvent se retrouvent sur des quarts de soir et de nuit pendant plusieurs mois, plusieurs années, ce qui fait en sorte qu'elles sont moins, j'allais dire, sont moins... elles interviennent moins sur des actes qui se posent plus de jour. On sait que le volume d'activité est beaucoup plus important

durant le jour. Alors, on pense que ces deux mesures-là, alors des mesures de préceptorat, alors des gens qui sont dégagés pour venir en support aux jeunes infirmières de soir ou de nuit, et aussi des postes sur rotation permettent de retenir. Nous sommes en train d'évaluer ces mesures-là, mais, pour l'instant en tout cas, les premières indications qu'on a fait que ça semble porter fruit, là, comme mesure d'attraction et de rétention surtout.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Lapointe. Mme la députée de Hull, il reste encore quatre minutes.

Mme Gaudreault: Quatre minutes. Alors, puisque je vous questionne concernant le personnel infirmier et le personnel médical, je n'étais pas ici pendant quelque temps cet après-midi, je voulais juste savoir si, M. le Président, si les gens du ministère ou M. le ministre pourraient nous parler des mesures qui favorisent l'intégration des médecins étrangers dans notre réseau. Je sais qu'on a fait des annonces très concrètes à cet effet-là, et, pour ça, je pense qu'ils doivent contribuer... ils veulent contribuer à vraiment... à notre réseau. Ils sont... On les rencontre dans nos bureaux de comté, ils viennent nous voir, ils ont des beaux diplômes, mais il faut assurer une reconnaissance des diplômes.

Je sais qu'on a fait une belle entente Québec-France qui fait en sorte que plusieurs médecins français qui viennent pratiquer ici, même plusieurs spécialités, ont signé des ententes entre le Québec et la France, et ça, il y a des gens qui avaient plutôt dit... ils avaient brandi des épouvantails en disant: On va perdre tous nos médecins, ils vont s'en aller travailler en France, mais je pense que ce n'est pas le cas. Je pense, c'est plutôt le contraire, les médecins français viennent ici, ils viennent contribuer. Alors, il reste quelques minutes, mais je voudrais l'entendre... entendre le ministre, M. le Président, au sujet de l'intégration de ces médecins dans notre réseau.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. Trois minutes, M. le ministre. Allez-y.

M. Bolduc: Oui. Rapidement pour montrer que je suis capable de le faire rapidement. Encore là, il y a deux secteurs: il y a l'entente avec la France, qui est ce qu'on appelle un permis sur un permis, c'est-à-dire que le médecin qui a été formé en France et qui a son permis... qui est originaire de la France, à ce moment-là, s'il va venir au Québec, on va lui reconnaître son diplôme. Il va devoir faire un trois mois de stage d'adaptation, puis après ça il peut pratiquer au Québec. Et, comme de fait, puis vous avez absolument raison, il y en a très, très peu qui demandent à aller en France, mais il y en a plusieurs de la France qui veulent venir ici, et ce sont des pratiques qui sont adaptées. Entre autres, on a recruté en orthopédie pour la région de Valleyfield, un endroit où est-ce qu'on avait toujours des ruptures de services; actuellement, on est corrects pour offrir les services.

Du côté des médecins qui sont des hors Canada, hors des États-Unis, les diplômés hors Canada, hors États-Unis, eux autres, auparavant, avant que leur dossier soit étudié, ça prenait des années. Actuellement, on a créé deux endroits, au St. Mary's et à l'hôpital de Verdun, où ces gens-là vont être évalués dans un premier temps. Si

la personne a les compétences pour pratiquer, à ce moment-là, on va faire suivre un cheminement normal avec des stages, et ils vont pouvoir pratiquer au Québec. Si la personne... lui manque une certaine formation, puis on pense qu'avec une formation complémentaire de plusieurs mois... à ce moment-là, il va pouvoir pratiquer, à ce moment-là on va organiser des stages pour qu'il puisse avoir cette formation. Et, si la personne, selon l'évaluation, on voit que, soit que ça fait trop longtemps qu'elle a pratiqué, soit que le cours n'était pas de même niveau, à ce moment-là on va lui offrir peut-être d'aller faire une formation dans le réseau de la santé pour une autre profession qui est moins longue, mais de permettre à cette personne-là de pouvoir travailler au Québec dans le domaine de la santé. Et ça, ça a été annoncé l'année dernière, et actuellement ce sont les deux façons, pour les médecins étrangers, de rentrer au Québec et de pouvoir contribuer à notre système de santé.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il reste une minute, si vous voulez faire un dernier commentaire, Mme la députée, ou une petite question.

Mme Gaudreault: Bien, mon dernier commentaire, M. le Président, ce sera vraiment de remercier le ministre de continuer à octroyer ce fameux statut particulier à l'Outaouais, assorti de cette enveloppe de 20 millions de dollars. Je l'ai mentionné hier, Mme Verreault est ici, dans la salle, elle a travaillé étroitement avec les acteurs du milieu dans la région de l'Outaouais. Je sais qu'on fait l'envie de plusieurs autres régions du Québec et je veux vraiment remercier le ministre parce que vous avez été à l'écoute et vous répondez vraiment aux besoins particuliers de la région. Et on continue à... même, on continue à travailler puis à avoir des couloirs de services avec l'Ontario, parce que, moi, je pense que c'est beaucoup mieux d'avoir un service de proximité. Plutôt que d'envoyer nos patients à Montréal, moi, j'aime mieux les voir se faire soigner à deux minutes de chez eux, en Ontario. On est en train de travailler là-dessus, et, moi, bien, écoutez, je n'ai que d'éloges et je remercie M. le ministre pour son attention particulière aux besoins de la région. Voilà.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. Alors, je vais tout de suite céder la parole de l'autre côté, du côté de l'opposition officielle, et je cède la parole à Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. J'aimerais parler du Dossier santé Québec, dossier qui a été abordé tout à l'heure. D'abord, le dossier a un nouveau pilote. C'est quatrième ou cinquième?

Une voix: Cinq.

Mme Maltais: Le cinquième, cinquième pilote, cinquième en cinq ans. Je me souviens que le ministre disait que c'était normal dans une organisation. À l'interpellation, il a eu le sens de l'humour de me dire que c'était normal dans une organisation, cinq pilotes en cinq ans; tout va très bien, Madame la Marquise. Ça nous a bien fait rire. Mais je salue Mme Verreault. Je ne sais pas si elle est ici puis... Or, bonjour, Mme Verreault. Alors, ce sera le nouveau pilote du DSQ. Je lui souhaite une meilleure chance que ses prédécesseurs.

Je lisais, dans l'article du *Journal de Québec*, de Michel Hébert, ceci, je pense, qui est tout à fait vrai. Il parlait des nombreux prédécesseurs de Mme Verreault et donc du Dr Simard: «Sous l'égide du Dr Simard, le DSQ était un projet fortement décentralisé; les 18 agences de la santé et des services sociaux devant être les "maîtres d'oeuvre de leur stratégie de déploiement et de gestion du changement ainsi qu'à l'utilisation optimale des solutions applicatives par les cliniciens et le personnel administratif."» À ce que je sache, cette section n'est toujours pas complétée, puisque les ententes avec les agences ne sont toujours pas signées?

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

M. Bolduc: M. le Président, à ma connaissance, il n'y a pas d'entente de signée avec les agences, parce que le déploiement au niveau régional n'est pas encore débuté, par rapport au Dossier santé Québec. Comme de fait, le Dossier santé Québec, il y a eu une réorientation, c'est-à-dire que, plutôt que de déployer dans toutes les régions en même temps, on préfère faire un déploiement région par région, et, rendus à un certain niveau de déploiement dans une région, on va passer à l'autre région. Juste en passant, c'est un modèle là a été suivi pour l'installation des PACS, qui est la radiologie numérique, et ça a très bien fonctionné.

Mme Maltais: En page...

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Alors, effectivement, en page 439 de vos propres documents, c'est-à-dire volume 1 des crédits, c'est... on nous répond que «les négociations avec les régions pour le déploiement des composantes du DSQ ne sont pas terminées». Donc, la stratégie d'entente avec les agences n'a pas tellement fonctionné.

Est-ce que vous savez... J'ai lu dans le livre des crédits, page 443 — le même volume, hein — que les services-conseils médicaux et cliniques de M. André Simard ont coûté 1 224 253 \$. C'est pour combien d'années de bons et loyaux services?

M. Bolduc: M. le Président...

Le Président (M. Sklavounos): Monsieur... M. le ministre, allez-y.

Une voix: ...

M. Bolduc: C'est pour quatre ans de service.

Mme Maltais: Quatre ans.

M. Bolduc: Puis...

Mme Maltais: Donc, à peu près 300 000 \$ par année pour le DSQ et les résultats que l'on connaît.

M. Bolduc: Oui, puis... Bien, par contre, le Dr Simard a fait faire beaucoup de développements au niveau du Dossier santé Québec. Il faut comprendre que c'est un

dossier très complexe, à grand déploiement, et il n'y a pas rien qui est perdu sur ce qui est fait avant, c'est une continuité des différents projets. Et on a fait un projet de développement, et là le produit est assez mature pour qu'on en fasse un projet de déploiement, c'est-à-dire l'installation du Dossier santé Québec dans toutes les régions du Québec, à commencer par la région de Québec même.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui, M. le Président, effectivement, c'est très bien écrit dans vos documents, l'état de situation des déploiements par région; il y a les projets Imagerie diagnostique et Télé santé, qui... ça va, ils sont avancés, mais les autres projets ne sont pas à l'étape de déploiement, donc pas terminés, les négociations avec les régions, ce qui était la base du projet, et tous les autres projets ne sont même pas encore rendus à l'étape du déploiement.

Mais, puisqu'on est dans le bilan de ce projet, à l'interpellation du mois d'octobre, vous me... je vous... j'avais soulevé, M. le ministre, que nous n'avions à l'époque que trois cliniques et cinq... et huit pharmacies qui étaient... qui étaient... qui étaient branchées, qui faisaient partie du projet pilote, mais vous m'avez dit, et j'ai vraiment votre réponse à l'époque: «La prochaine étape, c'est la mise en charge.» Et vous nous annoncez que l'important, c'est de passer à 30, 40 pharmacies et par la suite compléter complètement la région de Québec. 30, 40 pharmacies.

Peut-être que vous pouvez nous expliquer, à ce moment-là, pourquoi, six mois plus tard... en page 255, on nous explique qu'on en est rendu seulement à 60 personnes branchées: 13 médecins, 34 pharmaciens, sept infirmières, cinq membres du personnel administratif et un archiviste — faut-il en avoir peu pour en être rendu à nommer l'archiviste? — ce qui signifie, sur le site Internet, que vous n'avez en date d'aujourd'hui absolument pas... c'est-à-dire, oui, il y a eu une avancée, on est passé de trois cliniques à cinq et de huit pharmacies à huit, comment qualifiez-vous la stagnation de ce projet?

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

● (18 heures) ●

M. Bolduc: Il y a eu des discussions avec l'Association des pharmaciens propriétaires du Québec, et, lors de leur dernier conseil d'administration, en mars, ils ont accepté d'augmenter le déploiement des autres pharmacies de la région de Québec. Donc, d'ici le mois de juin, on devrait avoir beaucoup plus de pharmacies qui vont être incorporées. Et on espère finir la région de Québec vers la fin de l'automne, et ça devrait compléter l'installation du Dossier santé Québec dans la région de Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Mais une échéance, c'est extraordinaire! Alors donc, on peut se dire que, décembre 2011, le Dossier santé est complètement déployé dans les pharmacies de Québec.

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

M. Bolduc: Oui. La réponse: C'est l'objectif. Et puis c'est certain qu'il peut toujours y avoir des imprévus,

mais, jusqu'à date, ça s'annonce assez bien. Ça va être déployé dans toutes les pharmacies et également dans toutes les cliniques médicales qui vont avoir l'informatisation.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: L'informatisation ou le DSQ? Dans les cliniques médicales, est-ce que le DSQ va être efficace? Est-ce que les cliniques, les pharmacies vont pouvoir se parler? Parce que c'est ça, l'objet du DSQ.

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

M. Bolduc: La réponse, c'est oui. Je suis allé à Place de la Cité, où là j'ai vu le fonctionnement du Dossier santé Québec. Et, dans le dossier électronique, il y a un onglet Dossier santé Québec qui permet d'accéder aux médicaments qui sont disponibles dans le dossier du DSQ.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Dans un autre article, Michel Hébert nous dit qu'il a eu... il s'est fait jaser un petit peu dans le creux de l'oreille par des personnes-ressources et il affirme certaines choses. Évidemment, il parle de ce que le Vérificateur général lui-même qualifie, c'est-à-dire, d'échéancier irréaliste, de fouillis administratif, de mauvaise gestion, d'hémorragie, blablabla. Bon, ça, le rapport du Vérificateur général, il est très bien connu et il a été amplement commenté. Mais il ajoute quelque chose. Il y a trois projets qu'il commente. J'aimerais savoir de votre part si ce qu'il dit est vrai.

D'abord, le premier, il dit qu'avant l'arrivée... Ah, il dit d'abord que le Vérificateur général est débarqué dans les bureaux du ministère de la Santé pour parler du DSQ, pour vérifier le DSQ, et il nous dit ceci: «Avant l'arrivée du Vérificateur général, des pans entiers du canevas du DSQ étaient sur le point d'être liquidés, notamment le GRTC, un "sous-projet" de 9 millions de dollars qu'un logiciel commercial 10 fois moins coûteux aurait pu remplacer.» Est-ce que c'est vrai?

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

M. Bolduc: Un, dans un premier temps, au niveau du ministère, on est quand même une organisation qui travaille beaucoup en collaboration avec le Vérificateur général. On a toujours une douzaine de personnes qui vérifient l'ensemble de nos projets au niveau du ministère. Là, entre autres, ils ont eu une attention particulière pour le Dossier santé Québec.

Pour ce qu'il s'agit du Dossier santé Québec, c'est un développement qu'il y a eu au cours des dernières années, et c'est sûr qu'il y a eu des ajustements. Ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est que la plateforme est robuste et peut supporter les trois grands ensembles qu'on a besoin pour qu'un patient puisse bien traiter ses patients, c'est-à-dire le laboratoire, la radiologie et la pharmacie. Et actuellement on est en déploiement au niveau de la pharmacie sur toute la région de Québec.

Donc, il y a peut-être eu des ajustements en cours de route au niveau des logiciels, au niveau du développement.

Ça fait partie du développement. Et c'est sûr qu'il y a toujours des gens qui nous suggèrent des solutions miracles, mais on a préféré faire un développement rigoureux. Mais ce qu'on peut dire, c'est qu'aujourd'hui on a un produit qui fonctionne.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Est-ce que ces ajustements veulent dire — et c'était ça, ma question — que notamment le GRTC, un sous-projet de 9 millions de dollars qu'un logiciel commercial 10 fois moins coûteux aurait pu remplacer, a été abandonné?

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

M. Bolduc: Bien, écoutez, c'est une question très technique quand on parle du GRTC. On pourrait demander à nos gens de venir donner l'information, et puis on va revenir là-dessus à la députée de Taschereau. Mais je peux vous dire, on arrive souvent... les gens nous arrivent souvent, en informatique, en disant: On peut faire ça pour pas mal un moindre coût, mais, quand tu regardes les solutions, ce n'est pas nécessairement des solutions robustes. Sans remettre en question ce que M. Hébert dit, je peux vous dire que c'est un développement qui s'est fait progressivement. Et on va vérifier ce que la députée de Taschereau nous dit.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Dans le même article du *Journal de Québec*, Michel Hébert nous dit que «la RAMQ voudrait aussi se débarrasser de la CAIS, la Couche d'accès à l'information de santé, un projet de 30 millions de dollars piloté par DMR, approuvé par CGI, analysé ensuite par le ministère de la Santé [...] et la [SOGIQUE]».

La Couche d'accès à l'information de santé, dans les documents que j'ai, on a déjà dépensé 10 millions de dollars là-dessus, et effectivement, effectivement je regarde, et, en 2010-2011, d'après toujours vos propres documents, volume 1, c'est complètement arrêté, il y a zéro dollar. Donc, les travaux sont complètement arrêtés.

Est-ce qu'on a... Est-ce que c'est terminé pour la Couche d'accès à l'information santé?

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

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais à M. Richard Audet, qui est vice-président à la RAMQ, de venir peut-être donner les informations techniques. Ça nous permettrait de bien répondre à la députée.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va? Alors, ça me prendrait le consentement. Ça va, du côté de l'opposition officielle? Du côté des ministériels, ça va?

Alors, allez-y, M. Audet. Il va falloir que vous vous présentiez, puis par la suite vous avez la parole pour répondre à la question. Allez-y.

M. Audet (Richard): Oui, bonjour. Richard Audet, vice-président, Technologies de l'information, Régie d'assurance maladie du Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Vous avez la parole, M. Audet.

M. Audet (Richard): Donc, au regard de la question qui a été posée, la CAIS, d'accès à l'information, actuellement nous l'utilisons, elle est fonctionnelle. Bien sûr, on a apporté des ajustements de performance, ce qui est tout à fait normal dans un projet en cours de route. On doit faire ce qu'on appelle souvent dans notre langage du «fine tuning», mais actuellement le fonctionnement qu'on a mis en place, on peut utiliser l'outil qui a été mis en place et développé par DMR. Et, pour le moment, c'est fonctionnel.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Audet. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Donc, vous considérez que la Couche d'accès à l'information santé, c'est un projet qui va bien, qui est fonctionnel et qui va être utilisé. Et vous considérez encore que c'est une... c'était ce qu'il fallait faire que cette utilisation de la Couche d'accès à l'information santé et vous démentez ce que nous dit, par exemple, Michel Hébert.

Le Président (M. Sklavounos): M. Audet.

M. Audet (Richard): ...sur le plan de la performance, nous croyons que nous pouvons utiliser les principales fonctions qui ont été mises en place. Et nous avons fait la revue diligente de l'ensemble du projet avec DMR et nous pensons que c'est conforme à ce qui était attendu par le ministère au début du projet.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: C'est parce qu'il y a le mot «fonctionnel» qui me fatigue un peu, là. Il y a quelque chose qui peut être fonctionnel, mais ça ne veut pas dire que ça va être utilisé, parce que c'est trop lent. C'est le cas, entre autres, du visualiseur, que tout le monde le sait, on dit toujours: Oui, c'est fonctionnel. Bien oui. Moi aussi, j'ai un bon vieux iMac dans mon bureau, il est très fonctionnel, mais je ne l'utilise plus tellement, tellement, tellement.

Alors, je voudrais juste savoir. Quand vous dites «fonctionnel», là, la Couche d'accès à l'information de santé, est-ce que ça correspond aux besoins actuels et ça va être utilisé dans le cadre du DSQ?

Le Président (M. Sklavounos): M. Audet.

M. Audet (Richard): Si vous me le permettez, M. le Président...

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y.

M. Audet (Richard): ...donc, quand je dis que c'est fonctionnel, c'est qu'on a réussi, avec les ajustements auxquels on a apportés, à obtenir la performance qui était recherchée. Et on peut garantir la performance actuellement, et ça s'est fait à l'intérieur des coûts du projet avec le fournisseur, avec DMR.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Audet. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Donc, ça ne s'est pas fait l'année dernière, puisque, cette année, 2010-2011, il n'y a pas eu d'argent investi dans...

Le Président (M. Sklavounos): M. Audet.

M. Audet (Richard): Oui, M. le Président. Les modifications se sont faites il y a un peu plus de deux ans. Donc, il y avait déjà des ajustements qui avaient été apportés. Bien sûr, en cours de route, plus on a testé... Parce qu'il faut bien le dire, parfois les gens ont l'impression que ce n'est pas opérationnel, mais, avec les huit pharmacies que nous avons livrées actuellement, on a 1,3 million de transactions qui ont été faites, et on a un peu plus... une trentaine de mille de clients qui sont installés, et on pense qu'on est arrivés à des tests de performance qui sont concluants.

On verra avec la montée en charge s'il y a d'autres ajustements à apporter, mais c'est normal. Dans un système qu'on livre, au fur et à mesure que la montée en charge arrive, on apporte les ajustements pour garder le tout fonctionnel.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Audet. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Et la troisième affirmation de M. Hébert, c'est que... et qui correspond exactement à ce que nous avons d'autre comme information, que le visualiseur des dossiers médicaux conçu par Bell xwave, dans lequel on a dépensé jusqu'ici, d'après vos documents, le visualiseur, service de conservation inclus, 23 111 000 \$ aussi, que ce visualiseur est très performant.

Le Président (M. Sklavounos): M. Audet.

M. Audet (Richard): Actuellement, le visualiseur qui est installé est aussi fonctionnel. Donc, on n'a pas de problèmes de performance qui sont connus, de mon point de vue tout au moins. Donc, il faut bien comprendre qu'on ne l'a pas installé dans des milliers de sites, là. On parle de quelques sites qui sont installés, là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Audet. Mme la députée de...

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Oui, allez-y. En complément de réponse, M. le ministre, allez-y.

M. Bolduc: Bien, je comprends maintenant les interventions de la députée de Taschereau quand elle disait, par rapport au DSQ, que ça ne fonctionnait pas. Force est de constater qu'actuellement elle n'avait pas les bonnes informations sur l'état actuel du fonctionnement. Puis je tiens à dire que M. Audet est un expert au niveau de l'informatique, et l'information qu'il vient de nous donner dément complètement les affirmations qu'a faites la députée de Taschereau. Ça fait que je pense que la députée de Taschereau maintenant est en mesure de reconnaître que peut-être qu'elle, elle continue à travailler avec son ancien iMac, mais que, nous autres, on a amélioré notre technologie. Et également ce qu'elle nous fait mention déjà depuis deux ans

ou depuis l'année dernière sur son questionnement par rapport au DSQ se révèle entièrement faux, avec le développement technologique qu'on est en train d'expliquer aujourd'hui.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

● (18 h 10) ●

Mme Maltais: Le ministre sait bien ce que j'ai dit à propos du iMac. J'ai dit que le mot «fonctionnel», ça s'utilisait de plusieurs manières. Alors, il peut bien s'amuser. Moi, je pensais qu'on faisait un exercice sérieux ici.

Donc, le visualiseur — le chiffre que j'ai, c'est 23 millions de dollars — va être performant, et tout va très bien aller. Ça va être utilisé. Vous me confirmez que c'est un outil performant.

C'est parce que ce n'est pas moi qui me suis amusée à douter du DSQ, c'est le Vérificateur général du Québec, que nous nommons tous, à l'Assemblée nationale du Québec. C'est lui qui a pondu un rapport absolument dévastateur sur la gestion du DSQ. Je vous ferai remarquer qu'effectivement il y a eu cinq pilotes dans l'avion. Je suis heureuse de voir un cinquième pilote qui, m'a-t-on dit, pouvait peut-être faire le travail, et je lui souhaite bonne chance, parce qu'on a tous intérêt à ce que le DSQ marche, parce que le DSQ, c'est une possibilité pour les citoyens, c'est une possibilité pour les médecins de traiter 20 % de plus de patients. Alors, c'est pour ça qu'on veut que ça marche. Mais le doute n'est pas induit par ma personne mais par la personne que nous adoptons tous, le Vérificateur général du Québec. Et je suis contente d'avoir ces informations, parce que j'attends le prochain rapport du Vérificateur général du Québec, et je serai heureuse de voir la différence entre les propos du ministre et le rapport du Vérificateur général du Québec.

L'argent du fédéral, le principe est que le fédéral paie quand le projet avance. Alors, combien d'argent jusqu'ici sur les 303 millions de dollars qui ont été annoncés? Combien d'argent a été décaissé par le gouvernement fédéral?

M. Bolduc: M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre, allez-y.

M. Bolduc: En attendant que les chiffres soient rendus disponibles, je tiens quand même à constater que la députée de Taschereau est comme nous autres, elle veut que le DSQ fonctionne, puis on a tous avantage à ce qu'il y ait l'informatisation. Puis, ce que je comprends, c'est que son rôle, c'est de questionner, mais aujourd'hui je pense qu'elle a une bonne mise à jour sur l'état de situation du Dossier santé Québec. Et, malgré le fait qu'il y a eu des changements au niveau des personnes qui étaient à la tête, il y a eu... on a continué à développer le DSQ. Et le fait de changer de personne n'a pas fait qu'on a changé toute l'équipe, donc le travail a continué d'être fait. Et je suis content que la députée de Taschereau aujourd'hui peut reconnaître, avec les commentaires de M. Audet, qu'il y a quand même du beau travail qui a été fait au niveau du Dossier santé Québec.

Les sommes engagées, le montant reçu est de 126 280 000 \$.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Comme le fédéral décaisse en fonction des travaux réalisés, s'il a décaissé 126 280 000 \$, c'est... ça signifie quel pourcentage par rapport aux travaux réalisés, parce que... quel pourcentage... Écoutez, c'est parce que le fédéral est supposé fournir à peu près quelle part en pourcentage?

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

Mme Maltais: ...60 % ?

M. Bolduc: Le fédéral va fournir 303 millions de dollars. Mais, seulement pour clarifier, ce n'est pas nécessairement en relation avec l'avancement des travaux, mais c'est en relation avec des jalons atteints. Et, au début, quand on fait le développement, c'est beaucoup plus dispendieux, mais on n'atteint pas nécessairement des jalons. Et, à partir du moment que le développement est terminé et qu'on va faire du déploiement, à ce moment-là il y a avoir une accélération au niveau du décaissement.

Donc, c'est bien, bien important de comprendre. C'est-à-dire que tu peux réaliser 40 % des travaux mais avoir très peu de décaissement, mais tu peux passer à 60 % des travaux et avoir 60 % du décaissement. C'est important de connaître la nuance, parce qu'à la fin on... présentement on est à l'intérieur des balises budgétaires qui sont prévues. Et où ça a coûté le plus cher, puis c'est normal, c'est au niveau du développement, et par la suite on devrait être capables pour récupérer l'argent.

Le Président (M. Sklavounos): Il ne reste que 30 secondes, et je vais devoir vous arrêter après, Mme la députée. Allez-y.

Mme Maltais: Est-ce que le ministre s'engage à ce que le déploiement complet du DSQ n'ait aucun dépassement budgétaire, le chiffre prévu, 563 millions de dollars, comme il l'a fait avant?

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

M. Bolduc: Écoutez, M. le Président, nous sommes des gens responsables. On ne peut pas prévoir les imprévus. L'important pour nous autres, c'est qu'on ait le déploiement total du Dossier santé Québec. Si en cours de route il y a des imprévus, je pense que la population du Québec est capable de comprendre qu'on n'arrêtera pas le déploiement parce qu'on est en dépassement budgétaire. Mais, jusqu'à...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le ministre.

M. Bolduc: Jusqu'à maintenant, je peux rassurer la députée de Taschereau, on est à l'intérieur des balises budgétaires. Il nous reste encore de l'argent à pouvoir dépenser, et on est rendu à l'étape du déploiement.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci, M. le ministre. Alors, pour les prochaines quatre minutes, juste...

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Trois minutes? Trois minutes avant la fin de nos travaux. Je vais céder la parole à M. le député de Îles-de-la-Madeleine. Trois minutes, M. le député.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je me permets de... M. le Président, en fin de séance, de faire un commentaire sur les interventions régulières de la députée de Taschereau, qui demande au ministre de faire des... de donner des réponses courtes. Bien, on a 13 heures en commission sur l'étude de crédits, et il y a des questions importantes qui sont posées, tant du côté ministériel que du côté de l'opposition, et je pense qu'il faut permettre au ministre de donner des réponses complètes, c'est logique, et lui permettre de développer sa réponse et ses informations qu'il veut donner ici, en commission parlementaire.

Maintenant, je reviendrais rapidement sur l'informatisation. M. le Président, on sait que le ministre a exercé en cabinet, a exercé également en milieu hospitalier. Vous avez été... vous êtes encore un médecin, vous avez pratiqué beaucoup, pendant de nombreuses années, et je sais aussi que vous avez utilisé les systèmes informatiques de façon assez régulière dans votre pratique.

La question que je vous poserais rapidement, c'est: Comment ça a pu... comment l'informatique a pu faciliter votre travail dans l'exercice de votre profession?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): En 1 min 30 s.

M. Bolduc: O.K. Lorsque nous avons été autorisés à être un groupe de médecine de famille, automatiquement il y a eu de l'informatisation qui était au bureau. Moi, j'étais déjà informatisé, mais ça me donnait accès surtout au réseau de la santé.

Deux grands endroits où est-ce que vraiment ça a facilité le travail. Le premier, c'est qu'on avait accès à nos tests de laboratoire directement de l'hôpital. Donc, quelqu'un qui passait une prise de sang à 8 heures le matin, il venait à 10 h 30 au bureau, et j'étais capable d'aller chercher l'information directement à l'ordinateur. Beaucoup de GMF actuellement ont cette information disponible même s'ils ne sont pas connectés au Dossier santé Québec.

Le deuxième endroit où est-ce que ça a amené une grande performance, c'est au niveau de la prescription médicamenteuse. Moi, personnellement, je prescrivais 100 % informatique. Ça veut dire que le patient sortait avec sa prescription dactylographiée. Et j'ai fait une étude, qui est d'ailleurs disponible sur un site d'une présentation que j'avais faite, et je mesurais prescrire un patient sans informatique et avec informatique. Quand on finissait de calculer, je sauvais 90 secondes par patient. Ça fait que, si vous voyez 40 patients dans une journée, c'est facilement une heure de sauvée. Facilement lisible. Surtout un médecin, généralement c'est difficile à lire.

Troisièmement, ça diminuait beaucoup les erreurs et beaucoup les rappels des pharmaciens.

Donc, c'est juste des exemples pour vous montrer jusqu'à quel point l'informatisation peut nous aider. Et

j'ai été toujours un des grands promoteurs de l'utilisation de l'informatique dans nos cliniques médicales et je suis convaincu que les médecins actuellement sont rendus au stade où ils vont l'adopter. Juste pour vous dire, je suis allé visiter un système complètement informatique. C'est de toute beauté, et les gens aiment travailler avec ces outils. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, sur ce, je remercie les membres...

M. Bolduc: ...juste pour...

Le Président (M. Sklavounos): Oui, allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Les documents qui ont été demandés par l'opposition sont disponibles, ça fait que je vais les déposer à...

Documents déposés

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Au secrétariat, à la secrétaire de la commission. Merci beaucoup, M. le ministre.

Et la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30. Bon appétit, tout le monde.

(Suspension de la séance à 18 h 18)

(Reprise à 19 h 33)

Le Président (M. Sklavounos): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux. Nous étions rendus au parti ministériel. On avait débuté un bloc de trois minutes, alors il reste 17 minutes, qu'on pourrait débiter tout de suite avec le parti ministériel.

Vu que nous commençons trois minutes en retard, Mme la secrétaire, je vais avoir besoin du consentement pour qu'on dépasse de trois minutes. Ça va, du côté ministériel? Mme la députée de Taschereau, consentement pour dépasser trois minutes?

Mme Maltais: Consentement.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Parfait, excellent. Alors, sans plus tarder, je reconnais M. le député de Lévis. Allez-y, M. le député.

M. Lehouillier: Merci beaucoup, M. le Président. Donc, bonne soirée à tous et à toutes. Nous sommes rendus à combien d'heures, M. le Président, de commission parlementaire?

Le Président (M. Sklavounos): En total? Mme la secrétaire va nous dire ça.

M. Lehouillier: Ah, bien c'est à titre d'information.

Le Président (M. Sklavounos): Elle va nous le calculer, on va vous revenir.

M. Lehouillier: Alors donc... Donc, M. le Président, ce que je voulais signaler, c'est que...

Le Président (M. Sklavounos): Neuf heures, M. le député de Lévis. Neuf heures.

M. Lehouillier: Neuf heures? C'est très bien. Alors donc, ce que je voulais signaler: C'est intéressant, M. le Président, qu'on prenne le temps d'aller au fond des choses, et je pense que c'est ce que cette commission parlementaire nous permet. Et c'est la raison pour laquelle j'aimerais aborder peut-être pour débiter, en introduction, un dossier qui me touche dans mon comté, puisqu'il y a 10 ans, dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, il y a une formule un peu nouvelle à l'époque qui a rapidement connu un grand succès, qui était le centre de pédiatrie sociale, avec comme mission d'identifier les enfants vulnérables, de comprendre les problématiques complexes qui les placent en difficulté, de définir un partenariat avec les familles et de mobiliser les ressources du milieu. Évidemment, c'était le début de la fondation du Dr Gilles Julien. Et j'ai eu l'occasion le 6 décembre dernier, M. le Président, dans mon comté, d'assister à l'inauguration d'un nouveau centre de pédiatrie sociale à Lévis. Et donc je suis fier que ce projet-là soit chez moi, parce que ce projet-là a débuté dans un secteur traditionnel dévitalisé, dans le secteur de Lauzon, où les gens ont restauré un bâtiment, réutilisé un bâtiment. Et le bâtiment a été entièrement aménagé pour la pédiatrie sociale de façon bénévole par des organismes du milieu, et ça, j'ai trouvé ça extraordinaire, parce que, le soir de l'inauguration, tous ces bénévoles qui ont travaillé à faire de la menuiserie, de la plomberie, de l'électricité, etc., ont été présentés. Et c'est vraiment quelque chose d'extraordinaire parce que ça s'adresse à des familles qui vivent de l'exclusion sociale, et ces familles-là souvent sont hésitantes à consulter les ressources du réseau public. Ça, ça arrive souvent. C'est la raison pour laquelle, en étant implanté au cœur d'un milieu institutionnel, dans le Vieux-Lauzon, je pense que ça lançait une symbolique exceptionnelle pour nos jeunes, puis en même temps ça contribue à diminuer les coûts de santé.

Alors donc, j'aimerais ça... Je sais, M. le ministre, que vous avez eu l'occasion de visiter la fondation, vous avez eu l'occasion de visiter un de ces centres-là. Et je sais également que vous êtes très sensible.

D'ailleurs, ce qui est assez extraordinaire, c'est que maintenant la fondation du Dr Julien dispose d'un budget qui est comme récurrent pour les trois prochaines années, ce qui leur assure une certaine stabilité. Alors, ça, je peux vous dire que, moi, déjà à mon petit centre, à notre petit centre à Lauzon, on en entend beaucoup parler, de cette décision qui a été prise, où ils ne sont pas obligés, d'année en année, de venir quémander. Donc, ils peuvent travailler vraiment dans ce qui est leur passion.

Alors, j'aimerais ça vous entendre, M. le ministre, parce que je sais que vous avez visité ce centre-là. Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus, sur cette formule nouvelle qui a été implantée il y a maintenant une dizaine d'années chez nous.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien oui, j'ai rencontré Dr Julien à quelques reprises, et puis il y a quelques semaines je suis allé visiter son centre dans Hochelaga-Maisonneuve. Comme de fait, le Dr Julien, depuis plusieurs

années, s'occupe des plus démunis. L'objectif, c'est des clientèles qui sont vraiment en difficulté, des gens qui n'ont pas tendance à consulter dans le réseau de la santé, des gens également qui ont beaucoup de difficultés au niveau de s'occuper de leurs enfants, puis ils ont besoin d'aide, et, le Dr Julien, c'est une porte d'entrée, une porte d'entrée au système puis une porte de support également pour ces gens-là de façon à ce qu'ils se sentent à l'aise et se sentent bien dans le contexte des services qui sont donnés par les organisations du Dr Julien.

Je peux vous dire que la pédiatrie sociale est vraiment... a une bonne faveur au Québec, et avec raison car ils font un travail strictement extraordinaire. Et ça permet d'améliorer la condition de vie de plusieurs enfants. Puis j'ai demandé au Dr Julien, voir c'est quelle clientèle qu'il avait: c'est vraiment la clientèle de familles défavorisées qui ont des enfants, qui souvent auraient des troubles scolaires ou des troubles d'apprentissage, et Dr Julien offre tous les services.

D'ailleurs, il y a une excellente collaboration avec les gens du CLSC. Et, moi, en tout cas, j'ai été impressionné par le travail qu'ils faisaient. J'ai également beaucoup apprécié la façon dont il m'a fait faire le tour. Il m'a permis de rencontrer des gens, de discuter avec eux autres, puis j'ai également rencontré des gens du conseil d'administration ainsi que des employés.

C'est une alternative au réseau de la santé mais qui doit se faire également en collaboration avec le réseau de la santé. Ça, Dr Julien comprend très bien son rôle. Ce qu'on voit arriver, c'est des rejets des maisons du Dr Julien, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui s'offrent pour ouvrir dans certains endroits des services de pédiatrie sociale. Dr Julien les supporte, mais il n'en est pas responsable. Ce qu'il... Lui, ce qu'il nous a dit, c'est que c'est à chacun de développer son autonomie, à chacun de trouver son budget. Je pense qu'il est pour la cause, et puis c'est une tendance que l'on suit avec une grande sensibilité pour la grandeur du Québec. C'est sûr que ces maisons-là ont toujours un enjeu de financement, et puis progressivement, bien, on regarde aussi qu'est-ce qui peut être fait pour les supporter le mieux possible.

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

● (19 h 40) ●

M. Lehouillier: Merci beaucoup. Alors, M. le Président, ce que je voudrais souligner, c'est que, moi, en tout cas, je suis fier d'avoir ce centre de pédiatrie sociale dans mon comté. Et je pense que l'oeuvre de la fondation du Dr Gilles Julien, c'est vraiment quelque chose d'exceptionnel, et je peux vous dire que ça grouille dans ce secteur-là de notre ville. Alors, ça, c'est quelque chose de très positif.

Je voudrais vous parler d'un autre sujet, M. le ministre, qui est la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Alors, on en entend beaucoup parler, parce qu'évidemment, dans les médias, il y a toujours des cas qui accrochent, tu sais, à un moment donné, c'est des cas accrocheurs, puisque cette loi-là autorise en fait la garde en établissement, ce qu'on appelle un peu, là, la cure fermée, et c'est souvent au coeur des préoccupations des groupes pour la défense des droits en santé mentale. Alors, ces groupes-là rapportent souvent les abus vécus par les gens internés. Et l'application de cette loi-là, évidemment, on l'a vu dans les

cas, c'est que ça exige beaucoup de collaboration entre les services policiers et le réseau de santé, les ressources d'intervention en situation de crise et les centres hospitaliers.

Je sais que votre ministère a procédé à une analyse qui vise à déterminer ce qui cause problème dans le processus d'application de cette loi-là, et vous vous êtes penchés sur l'identification des problèmes mais aussi sur la recherche d'éléments d'explication de leur apparition et le contexte dans lequel ils prennent place. Donc, vous avez examiné également les solutions les plus prometteuses qui pourraient être mises en place pour résoudre ces difficultés. On sait qu'en février dernier le Protecteur du citoyen a également déposé un rapport sur l'application de cette loi.

Est-ce que vous pourriez nous dire, M. le ministre, est-ce que vous pourriez nous éclairer sur ce sujet? Parce que, quand il y a un cas, souvent, dans l'actualité, on entend beaucoup parler. Alors, pourriez-vous nous éclairer un peu sur ce sujet? Et que nous réservent les prochains mois à cet égard?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais au Dr André Delorme de répondre à la question, s'il vous plaît.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, avec le consentement des parlementaires. Du côté ministériel, ça va? Consentement du côté de l'opposition officielle? Le député de Mercier, consentement?

Alors, Dr Delorme, allez-y. Présentez-vous de nouveau et allez-y.

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

Le Président (M. Sklavounos): Vous avez la parole, Dr Delorme.

M. Delorme (André): Merci, M. le Président. Alors, bon, alors, vous savez, vous l'avez un peu résumé, là. La loi P-38, c'est une loi d'exception. C'est une loi qui permet de retenir quelqu'un contre son gré, ce qui n'est pas banal, parce que c'est quand même un droit fondamental de pouvoir circuler, donc le retenir contre son gré lorsque son état mental le met à risque soit pour lui-même ou met à risque autrui.

C'est une loi qui est déjà en place depuis un bon moment et qui a remplacé une autre loi, mais ça demeure toujours quelque chose d'assez délicat de devoir retenir quelqu'un. Et, au fil des années, il y a plusieurs groupes qui ont remarqué qu'il y a parfois des difficultés dans l'application de cette loi, de différentes façons. Il peut y avoir parfois une difficulté à respecter les délais qui sont impartis par la loi. C'est des délais qui sont assez courts et c'est parfois difficile, là, la mécanique d'une urgence en particulier fait qu'on a tendance à passer à coté de ça. Et il y a nettement un problème d'information.

Alors, à partir de tout ça, le ministère a fait une étude, là, assez exhaustive à travers le réseau et avec les différents partenaires. Ça touche à la fois les services de... policiers, ça touche les services ambulanciers, ça touche

les services de crise, ça touche les urgences et ça touche les services psychiatriques. Alors, vous voyez, c'est plusieurs services qui travaillent en parallèle, et il faut arrimer tous ces services-là.

Alors, l'étude a été quand même assez exhaustive. On a rencontré des représentants des groupes de défense, les usagers eux-mêmes, et ainsi de suite, et finalement il y a plusieurs choses qui sont ressorties de cette étude-là. Je vais vous en nommer trois, les trois plus grands points, là, qu'on peut retenir.

D'abord, malgré toute la bonne volonté des gens dans le réseau pour s'assurer de donner des services de qualité, étant donné la nature complexe du processus, on voit, c'est évident que les droits des personnes qui sont soumises à l'application de cette loi-là ne sont pas toujours respectés. Et ça, c'est préoccupant. C'est clair.

La connaissance de l'application de la loi et des droits rattachés sont souvent... c'est incomplet, ça, par les gens qui sont appelés à tous les jours à l'appliquer. Donc, évidemment, s'ils ne connaissent pas les droits et l'application de la loi, bien ça aussi, ça contribue à ne pas faire respecter les différents délais et faire respecter la loi.

Et finalement vous avez fait référence au rapport du Protecteur du citoyen, et le rapport du ministère est cohérent et complémentaire à celui du Protecteur du citoyen. On a plusieurs de nos recommandations qui vont dans le même sens.

Alors, ça, c'est, je dirais, là, les trois grands éléments qu'on doit retenir en termes de préoccupation. Le ministère, dans ce contexte-là, va vouloir d'abord proposer des aménagements législatifs pour clarifier certains aspects de la loi. On peut, par exemple, imaginer, là, bon, ça reste à déterminer, là, mais on peut imaginer, par exemple, le dépôt de rapports périodiques sur l'application de la loi dans un établissement. Vous savez, si une infirmière se trompe et donne une Tylenol au lieu d'une aspirine, on remplit immédiatement un rapport d'incident, et il y a des dépôts au centre... au conseil d'administration à tous les mois ou de façon périodique pour chacun des incidents, qu'ils soient banals ou qu'ils soient majeurs, mais pourtant tous les jours il y a des gens dont les droits sont retirés, et le C.A. n'est pas au courant de ce qui se passe dans son établissement à ce sujet-là. Alors, il y a quelque chose là, je pense, à clarifier, là, pour s'assurer que les C.A. soient imputables de ce qui se passe dans leurs établissements et qu'ils sachent exactement combien de personnes, à qui on retire des droits et si ces droits... la mécanique, le processus a été bien respecté pour que les droits des usagers soient respectés.

On voudra également sans doute rédiger des orientations ministérielles pour mieux baliser l'application de la loi et des aménagements législatifs qu'on pourrait y amener. Et, à partir des orientations, on pourrait également imaginer, puis on va travailler là-dessus, là, sur, par exemple, des formulaires standardisés qui seraient utilisés partout à travers le réseau, qui s'assureraient, par exemple, du consentement de l'utilisateur.

Il y a plusieurs cliniciens qui considèrent que, si le législateur a mis en place la mécanique complexe de la loi P-38, ça sous-entend, ça, que le législateur pensait que l'individu n'est pas capable de donner son consentement. Alors, moi, comme clinicien, j'ai vu fréquemment des gens qui étaient amenés par les policiers, et, quand on leur explique le processus puis on leur dit: Je dois vous évaluer, voici les conséquences à une évaluation, voici

le genre de décision que je devrai prendre à la fin de cette évaluation-là, les gens, une fois informés, ils comprennent qu'est-ce qui se passe et ils disent: Bon, bien je suis d'accord et je vais participer. Et c'est beaucoup moins traumatisant que de devoir aller devant la cour, obtenir une ordonnance et forcer l'individu à... Alors, on peut penser à des formulaires qui vont s'assurer que le consentement a été sollicité auprès de l'utilisateur, que les délais sont clairement respectés, parce qu'on doit les cocher au fur et à mesure où les délais s'écoulent, et ainsi de suite.

Et finalement on voudra développer une stratégie de formation intersectorielle qui va permettre d'augmenter la connaissance de la loi. Puis, plus on connaît la loi... Ici, quand on parle d'intersectoriel, je le rappelle, là, c'est les policiers, c'est les services ambulanciers, c'est les services de crise, c'est les gens qui travaillent dans les urgences. Alors, plus on aura une connaissance appropriée et pointue de cette loi-là, qui quand même est appliquée à tous les jours dans toutes nos urgences, plus on aura un respect de la procédure et donc plus on aura un respect des droits des usagers.

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

M. Lehouillier: Donc, si je comprends bien, il y a un bout qui va devoir être législatif, dans ça. Il va falloir qu'on aille au niveau de modifications à des lois, c'est ça?

M. Delorme (André): Bien, par exemple...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Delorme.

M. Delorme (André): Oui. Pardon, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Vous avez la parole, monsieur.

M. Delorme (André): Je disais, M. le Président, que les conseils d'administration ne sont pas au courant de ce qui se passe, là. Et une façon, un aménagement législatif, ça pourrait être d'introduire dans la loi qu'un dépôt périodique est fait auprès du conseil d'administration, pour s'assurer que le conseil puisse faire le suivi des actions qui sont posées dans son établissement à tous les jours. Alors, ça, c'est un exemple d'aménagement législatif.

Le Président (M. Sklavounos): O.K. M. le député de Lévis.

M. Lehouillier: Alors, moi, ça va aller pour cette question-là, parce que je pense que c'était quand même important qu'on puisse voir un petit peu quelles sont les intentions du ministère...

Le Président (M. Sklavounos): Il vous reste encore deux minutes, M. le député de Lévis.

M. Lehouillier: ...eu égard au rapport qui a été déposé.

Le Président (M. Sklavounos): Pour la question et la réponse.

M. Lehouillier: Il reste deux minutes?

Le Président (M. Sklavounos): Deux minutes, question-réponse.

M. Lehouillier: Deux minutes seulement? Bien, écoutez, je vais continuer. Pouvez-vous nous dire, au niveau du Protecteur du citoyen, sur le rapport qui est déposé, là, ses principales recommandations, là, ça tournait autour de quoi? Juste pour les besoins des gens qui nous écoutent.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Delorme.

M. Delorme (André): Oui. M. le Président, le Protecteur du citoyen proposait en particulier des aménagements législatifs qui iraient dans le même sens que ce que, nous, on va vouloir faire, proposait également des stratégies qui étaient, en termes de formation, de clarifier certains éléments.

Je vais vous donner un exemple bien précis: quand le policier arrive avec quelqu'un qui paraît, là, être un danger pour lui-même ou pour autrui, il arrive à l'urgence, certaines urgences vont en prendre charge immédiatement. D'autres vont dire: Bien, voulez-vous attendre dans la salle d'attente, là, parce qu'on a quelqu'un dans la salle de code et... Alors, vous vous assoyez là, puis des fois les policiers peuvent passer trois heures assis là.

Alors, il y a là quelque chose à clarifier. Le Protecteur du citoyen le note, nous aussi, on l'a noté, puis il va falloir qu'on puisse clarifier que, quand le policier l'amène, il n'est pas responsable de garder quelqu'un dans la salle d'attente. Il a fait sa job. À notre réseau maintenant de prendre en charge le client et de s'en occuper.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Delorme. Il reste une minute. Ça va aller? On peut verser ça dans le prochain bloc.

Alors, je vais tout de suite regarder du côté de l'opposition officielle. Mme la députée de Taschereau, vous avez la parole.

● (19 h 50) ●

Mme Maltais: Je pense que j'ai un collègue, là, qui va vouloir intervenir.

Le Président (M. Sklavounos): Ah! M. le député de Saint-Jean, vous avez la parole.

M. Turcotte: Merci beaucoup, M. le Président. Ce ne sera pas à la surprise du ministre, là, parce qu'à chaque année, les crédits ou à la période de questions, je reviens faire mon pèlerinage. Mais, comme les travaux ne sont toujours pas commencés à l'Hôpital du Haut-Richelieu, je vais reposer la question au ministre.

Vous savez, M. le Président, le 14 janvier 2004, *Le Canada Français* titrait: *Le ministre Couillard frappé par la désuétude de l'hôpital*. Depuis 2004, donc depuis près de sept ans, il n'y a toujours pas de travaux de débutés à l'hôpital. Il y a eu une annonce en 2006, avril 2006, une autre annonce en octobre 2006. Et M. le ministre actuel est venu faire une annonce en mai 2009, là, suite à mon intervention à la période des questions, où le ministre nous a dit: Bon, bien, mardi prochain, vous êtes invités à la conférence de presse, on va faire une annonce. Depuis, le CSSS a travaillé, a fait les plans et devis, a préparé tout le montage,

tout est arrivé à votre ministère, et là, maintenant on attend l'autorisation pour la dernière étape, l'étape ultime qui est les plans et devis définitifs et l'exécution.

On a besoin de cet hôpital-là, vous le savez, M. le ministre, et aujourd'hui je fais... je lance un cri du coeur en toute bonne foi, parce que, les gens de ma circonscription, on pense aux médecins, on pense au personnel de l'hôpital mais aussi aux citoyens puis aux gens qui ont besoin de ces soins-là. La population a doublé sur le territoire, et, depuis 1971, il n'y a jamais eu de travaux majeurs à l'hôpital. Et 1971, c'est l'année de la construction de cet hôpital-là.

Donc, les gens n'osent même plus y croire. Donc, les gens attendent de vous la concrétisation de la troisième annonce de cet hôpital, la... celle que vous avez faite.

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

M. Bolduc: Oui, merci, M. le Président. D'ailleurs, la troisième annonce, c'est le début des travaux. C'est la pelletée de terre. Et, comme de fait, on a reçu les devis techniques et également les recommandations de l'établissement. C'est en étude et en analyse au niveau du ministère, puis on va y prendre un oeil très, très attentif.

D'ailleurs, vous savez, quand vous disiez que les gens n'y croient plus, on avait eu le même problème avec le CHUM et avec le CUSM, et aujourd'hui ils sont en construction. Et notre gouvernement a réalisé ce projet-là, et la même chose au niveau de votre projet. C'est un projet qui est quand même prioritaire, c'est un projet qu'on va prendre le temps d'analyser comme il faut, et souvent il y a encore des discussions à faire pour des ajustements. Et puis je pense que le député de Saint-Jean peut témoigner. On parlait cet après-midi des investissements qu'on faisait dans les régions, je pense que le député de Saint-Jean m'a déjà laissé savoir, là, que j'avais autorisé une salle supplémentaire à l'hôpital de Saint-Jean-sur-Richelieu, ce qui fait que, quand on parle de récupérer des services dans la région, c'en était un bel exemple.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean.

M. Turcotte: Oui. M. le Président, je comprends, là. Tantôt, le ministre... Je ne veux pas avoir recours au règlement, là, je ne veux pas ne pas prendre la parole du ministre, mais le ministre a dit tantôt que la troisième annonce sera l'annonce de la pelletée de terre, là: la pelletée de terre sera la quatrième annonce par rapport à l'Hôpital du Haut-Richelieu et non pas la troisième. Et je le dis, je mets l'emphase là-dessus parce que le gens sont un peu écoeurés d'avoir des annonces. Les gens, ce qu'ils veulent avoir, c'est une pépîne. On m'a même reproché d'avoir le syndrome de la pépîne, par rapport à une de nos anciennes collègues qui n'est plus là, qui n'est plus ici maintenant, mais je pense que, les gens de la population de Saint-Jean, ce syndrome de la pépîne est rendu tellement contagieux que les gens ont de la difficulté à croire.

Lors de l'annonce au mois de mai, la troisième annonce, je vous rappelle, par rapport à l'hôpital, le ministre actuel de la Santé avait rétorqué au président du CSSS, qui avait dit dans la conférence de presse que la première pelletée de terre aurait lieu le 8 novembre 2011, donc ça veut dire que tout allait être autorisé et que les travaux allaient commencer en novembre 2011, le ministre a

rétorqué que ça allait être plus tôt que ça. Et, en dessous de la photo de M. Bolduc, dans le journal, on dit que l'inauguration de l'hôpital aura lieu au milieu 2012. Les travaux ne sont toujours pas commencés, c'est quand même plus qu'un an. Les travaux de l'Hôpital du Haut-Richelieu, c'est 43 % d'agrandissement de l'hôpital.

Donc, est-ce qu'on peut avoir une réponse rapide pour commencer les travaux à cet hôpital-là?

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

M. Bolduc: M. le Président, tantôt on parlait, au niveau historique, que c'était un dossier depuis 2004. Comme de fait, on... la vétusté avait été reconnue, sauf qu'il y avait eu deux projets qui avaient été faits en parallèle. Et, à un moment donné, quand on fait des rénovations dans un établissement, c'est normal qu'on les fasse, si possible, ensemble, pour une question de cohésion, et c'est pour ça que le dossier a été retardé pour de longs mois. Donc, ce n'était pas la faute du ministère, ce n'était pas la faute du ministre. C'était vraiment de réussir à réunir deux projets pour en faire un seul.

Nous avons reçu la proposition finale de l'agence en février 2011. On est quand même au début d'avril. Il faut que nos équipes prennent le temps de regarder le projet, et puis à ce moment-là il y a souvent des discussions qui peuvent être faites. Et puis ce que je dis au député de Saint-Jean, c'est qu'il faut quand même être un peu patient. On est à la fin du processus, et je l'encourage à surveiller le projet de façon attentive.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean.

M. Turcotte: Oui. J'aimerais rappeler au ministre, là — puis je pense que je lui avais remis les copies — 18 municipalités de la région ont fait une résolution, 13 organismes de la région aussi.

Donc, à ces gens-là qui représentent plus de 100 000 citoyens du Haut-Richelieu—Rouville, est-ce que le ministre, aujourd'hui, ce soir, peut nous assurer que les travaux vont suivre leur cours et que, comme l'avait prévu le président du conseil d'administration, que la pelletée de terre allait se faire cet automne, donc ça veut dire que l'autorisation va arriver d'ici le mois de juin, que les travaux préparatoires vont se faire et que la pelletée de terre va se faire au début de l'automne?

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

M. Bolduc: M. le Président, on ne peut pas faire d'engagement, parce que, si je fixe au début de l'automne, puis ça se fait avant ou après... Ce qui est important, c'est...

Une voix: ...

M. Bolduc: Ce qui est important, c'est que le dossier avance bien. Il a été déposé en février 2011. Le député s'attend à avoir une pelletée de terre pour l'automne 2011. On va faire le nécessaire puis on va faire notre possible, mais on ne peut pas garantir. Dans le domaine de la santé, que ce soit pour des soins ou pour des améliorations, il y a toujours des imprévus, puis il faut d'abord évaluer le projet à sa juste valeur, mais j'ai confiance que

c'est un projet qui est rendu vers la phase terminale. Et je remercie d'ailleurs le député de Saint-Jean de consacrer du temps à ce dossier, mais lui-même peut témoigner de l'effort que j'ai mis dans ce dossier-là avec l'annonce. Les travaux vont bien, et le projet a été seulement déposé en février 2011.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, j'ai cru comprendre qu'il y a une demande de parole de la part de M. le député de Beauharnois. Vous avez la parole, M. le député.

M. Leclair: Merci, M. le Président. Bien, bonjour... bonsoir, M. le ministre. Je crois que vous savez pourquoi je suis ici ce soir, un autre dossier qui traîne de long en large, qu'on a eu plusieurs rencontres. Vous êtes venu visiter les lieux. On a rencontré les gens du centre hospitalier au cabinet, directement au centre hospitalier. Vous nous aviez dit que l'état des lieux était dû à une modernisation qui... où est-ce que le CSSS demande depuis plus de... depuis l'année 2001, entre autres. Moi, je suis en poste depuis 2008. Puis aujourd'hui on se retrouve avec une problématique qui était déjà connue. On sait que dans la Montérégie, dans le Suroît plus précisément, bien on a une grosse croissance démographique, puis c'est nous qui donnons les services aux gens... une partie des gens de Vaudreuil-Soulanges ainsi que la population de Valleyfield et Beauharnois. On a une problématique de budget non récurrent. On est toujours déficitaires, depuis plusieurs années, puis je crois que la situation, vous la connaissez très bien. Et puis on a notre problème d'infrastructures.

J'aimerais vous entendre à savoir ce qui va arriver avec le CSSS du Suroît. Vous savez comme moi que les gens sont très essoufflés.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Beauharnois. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. D'abord, je voudrais remercier le député de Beauharnois pour reconnaître que je connais très, très, bien la situation de votre établissement de santé. Comme de fait, je suis allé visiter, j'ai des rapports réguliers sur le fonctionnement, et à chaque jour je reçois les données au niveau de l'urgence. Entre autres, c'est une urgence qui est relativement performante. Et, comme le député de Beauharnois le sait, avant les fêtes on a également annoncé un nouvel hôpital dans le secteur de Vaudreuil, Vaudreuil-Soulanges, de façon à enlever la pression due à la croissance de population de tout le secteur.

Je l'ai dit puis je le dis encore: Le fait qu'on fasse un hôpital dans le secteur de Vaudreuil-Soulanges n'empêche pas que la région de Valleyfield, avec l'hôpital du Suroît, mérite également un agrandissement. Il y a des travaux qui ont été faits, on va en prendre connaissance. On a eu l'occasion d'en discuter à plusieurs reprises. Et puis également, au niveau du budget, je reçois des rapports, parce qu'il y a quand même des surveillances puis une vérification, et on veut que l'établissement ait les budgets suffisants pour fonctionner, mais il y a également des travaux qui ont besoin d'être faits pour une question de performance.

Tout cela pour dire que c'est... j'ai une grande préoccupation, je suis très à l'écoute, et ça va me faire plaisir de continuer à suivre le dossier avec vous puis de

faire cheminer votre dossier. Mais, comme vous avez pu le constater, il y a également votre collègue le député de Saint-Jean qui, lui, a sa pelletée de terre qui s'en vient. Vous avez votre collègue de Lanaudière, qui, eux autres, savent qu'on a annoncé 140 lits, qu'il y a également des ressources intermédiaires qui vont ouvrir. Et ce sont tous des dossiers que l'on suit de façon régulière. On veut que chacun des établissements, chacun des secteurs ait son dû, mais la caractéristique que je pense que vous pouvez noter, c'est que, comme gouvernement, on est très actifs. Et également on fait du développement un peu partout pour que chacune des régions puisse avoir les services nécessaires pour que la population soit conservée en bonne santé.

● (20 heures) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Beauharnois, en question complémentaire.

M. Leclair: Oui. Bien, je comprends... je comprends bien, M. le ministre, que vous avez regardé l'ensemble du Québec; je n'ai aucune problématique avec ça. La seule chose que je peux dire, c'est que, dès l'an passé, au dernier budget, on avait parlé peut-être de regarder pour des infrastructures pour l'agrandissement puis qu'on mettrait peut-être même un plan en «fast track» tellement qu'on avait des problématiques d'espace au CSSS du Suroît.

Depuis ce temps-là, bien on a parlé, puis on a parlé, puis on a parlé, puis on en parle encore aujourd'hui, puis malheureusement je crois qu'on va en parler encore longtemps. La réalité, c'est que les citoyens de la région du Suroît... vous êtes venu dans le temps des fêtes annoncer un hôpital... Puis je crois que le besoin criant était d'aider les services, en ce moment, qu'on a, qui sont existants, qui sont au CSSS du Suroît, à Valleyfield. On annonce un hôpital de 240 places, 240 lits; je j'ai pas de problème avec ça. C'est vrai qu'on va avoir besoin de ça dans un futur. On est aussi conscients que cet établissement-là va naître peut-être dans cinq, six, sept ans. On espère le plus rapidement possible, mais on connaît comment que c'est laborieux puis ce n'est pas rapide. On a justement le député de Saint-Jean qui attend encore sa pelletée de terre.

Alors, d'ici là, c'est quand même le CSSS du Suroît qui donne les services. Vous savez qu'est-ce qui se passe au Suroît: les gens sont à bout de souffle, toute l'équipe médicale et les citoyens souffrent, eux aussi. Alors, d'ici à ce que cet hôpital... bien on peut croire que ça va donner un souffle puis ça va peut-être diminuer la demande à Valleyfield, mais, d'ici là, c'est toujours nous autres... on a des problématiques d'argent, de budget. On ne voulait pas reconnaître... Je me souviens, en 2008, on ne voulait pas reconnaître cette augmentation de croissance là. Là, on l'a tellement bien reconnue qu'on leur promet un hôpital à Vaudreuil, puis je suis entièrement d'accord avec vous: ça va en prendre un. Ça fait que, là, vu qu'on la reconnaît, en attendant, est-ce que c'est possible qu'on ait les budgets adéquats d'ici à ce que ce fameux hôpital là soit debout? Parce que c'est le nerf de la guerre, l'argent. Ça fait que, là, on a l'argent qui ne rentre pas puis en plus on n'a pas la place pour travailler.

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

M. Bolduc: Bon. Je pense qu'il y a trois éléments dans votre question. La première, c'est, comme vous le

dites, il va y avoir un hôpital à Vaudreuil. Le délai pour la construction, qui est un délai normal pour un hôpital de ce type, c'est huit ans; donc, ça va prendre huit ans avant que l'hôpital puisse ouvrir. En attendant, je l'ai dit publiquement, on ne pénalisera pas le CSSS le Suroît, dont entre autres l'hôpital de Valleyfield, et on va regarder les travaux qui ont besoin d'être faits, surtout qu'après l'hôpital de Valleyfield va continuer à fonctionner, va continuer à donner des services, et ils vont avoir besoin des infrastructures nécessaires.

En ce qui concerne le budget. Le budget, on tient déjà compte du volume d'activité qui prend en considération la population de Vaudreuil qui se fait traiter à Valleyfield, et actuellement il y a des travaux qui se font à l'agence pour s'assurer que l'utilisation soit nécessaire, mais il y a également des travaux qui doivent être faits pour voir s'il n'y aurait pas... au niveau de la recherche de la performance au niveau de l'établissement.

Donc, je prends en considération tout ce que vous dites. Je suis très au courant de la situation de l'hôpital de Valleyfield et du CSSS le Suroît, et je suis certain qu'on va avoir l'occasion d'en discuter encore ensemble. Mais les deux dossiers sont en parallèle, et l'un ne nuit pas à l'autre, et la population du CSSS le Suroît est en droit de recevoir les services, même s'il y a un autre hôpital qui va se construire dans les prochaines années.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Beauharnois.

M. Leclair: Comme ça fait déjà deux ans qu'on parle de ces deux aspects-là en parallèle, autant infrastructures que budget, est-ce que vous pouvez confirmer ce soir que les budgets qu'on demande au CSSS, qui ont d'abord et d'ailleurs été confirmés... Parce que vous avez mis une firme sur le dossier, là, Raymond Chabot Grant Thornton, qui devait vous émettre un rapport au 31 mars. Même eux ont venu à la même conclusion des gens du CSSS du Suroît: qu'on avait un sous-financement à la hauteur de 2,9 à 3 millions par année. Alors, est-ce qu'on peut s'attendre qu'il y ait un financement adéquat dès cette année et non juste dans plusieurs années, qu'on commence au moins par ça, avoir le financement?

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

M. Bolduc: M. le Président, pour le CSSS le Suroît, il y a des travaux qui se font avec l'agence, également un accompagnateur au niveau de l'établissement. On suit ces travaux. On veut que l'établissement soit financé pour les activités qu'ils font, excepté que, encore là, il y a des travaux à venir, il y a du travail à faire avec l'établissement, et on fait cette démarche actuellement. C'est une situation qui nous interpelle beaucoup, et on veut que les gens du CSSS le Suroît, la population du secteur, reçoivent les soins.

Mais, pour ce qu'il s'agit du financement, ça va en fonction des travaux qui sont faits avec l'accompagnateur. On a une gestion qui est très rigoureuse et on veut que chacun des établissements reçoive les budgets, mais on veut également qu'il y ait des niveaux de performance qui soient atteints. Puis c'est une question que c'est les dollars des Québécois qu'on investit. Même si c'est pour la santé, c'est important, on veut que tous les établissements aient un bon niveau de performance.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Beauharnois.

M. Leclair: Merci, M. le Président. Mais on sait très bien que, lorsque les budgets, on est déficitaires, puis on sait très bien que les budgets sont déficitaires depuis plusieurs années à cause qu'on n'a pas voulu reconnaître la croissance démographique, donc ça va être impossible d'avoir des infrastructures, comme vous le dites si bien, que c'est deux projets en parallèle, donc, si vous ne réglez pas le financement le plus tôt possible, jamais on ne va pouvoir parler de donner des outils adéquats à l'équipe de médecine... médicale.

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

M. Bolduc: L'amélioration des infrastructures et le financement sont deux dossiers différents. C'est un dossier... Un, il faut agrandir l'hôpital, réaménager certains secteurs, dont, entre autres, quand j'avais visité le laboratoire, j'avais dit que c'était un secteur qu'il fallait revoir.

Pour ce qu'il s'agit du financement, c'est en fonction de l'activité. Et, dans le CSS, on tient compte de la croissance de l'activité et de la croissance de la population, et le financement est en fonction de l'activité de l'établissement, en termes de nombre de chirurgies qu'ils font, le type de chirurgie, les visites à l'urgence. Et ça, on a des façons de l'évaluer, et c'est des discussions qu'on est en train de faire avec l'établissement.

Je veux encourager le député, c'est qu'on prend la situation très au sérieux et on veut que l'établissement ait le financement adéquat, mais il y a des travaux qui ont été faits avec les firmes, et on veut juste s'assurer que l'argent est bien utilisé, et je pense que c'est la volonté de notre gouvernement que les gens du CSS le Suroît soient financés de façon adéquate, mais il y a encore des travaux à faire.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Kamouraska-Témiscouata. Vous avez la parole, M. le député.

M. Simard (Kamouraska-Témiscouata): Merci, M. le Président. Bonsoir, M. le ministre, ainsi qu'à votre équipe. Alors, si vous me permettez, je vais vous transporter au Kamouraska-Témiscouata ce soir...

Une voix: Une très belle région.

M. Simard (Kamouraska-Témiscouata): ...et — oui, alors, merci de me le dire — et plus spécifiquement au Témiscouata. Vous savez sans doute que le CSSS du Témiscouata éprouve une difficulté financière, avec, bien sûr, les objectifs qui sont fixés, comme à toutes les régions, mais il en vivait déjà avant, puisque, sur les huit CSSS du Bas Saint-Laurent, ce CSSS serait le moins bien financé — comparativement, bien sûr, là — moins nanti financièrement. Donc, on comprend qu'en partant, pour respecter les objectifs, bien c'est plus difficile.

Lors de la campagne électorale, en novembre, bien sûr, ça a soulevé... il y a eu... un épisode avait fait qu'il y avait un plan d'optimisation pour respecter les objectifs à la fois du déficit non autorisé, qui est autour de 600 000 \$ pour le CSSS, et les objectifs de réduction

quant aux services administratifs. Alors, il y avait un plan d'optimisation, et certaines mesures coupaient des services directs à la population; ça a été retiré.

Ces jours-ci, il y a un plan d'optimisation, un plan qui devrait être annoncé dans les prochaines semaines, qui est élaboré par le CSSS. La population est inquiète, puisqu'on parle d'un déficit non autorisé autour de 600 000 \$, remboursable sur trois ans, 200 000 \$ par année, plus un effort de 350 000 \$ pour faire face à l'équilibre budgétaire, en raison des objectifs. Ce que je demande ce soir: Est-ce que, M. le ministre, le CSSS peut avoir une considération particulière vu à sa situation financière dans laquelle il évolue?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Kamouraska-Témiscouata. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, dans un premier temps, chaque établissement a une considération particulière. Et, juste pour prendre l'exemple, le secteur... le CSS de Témiscouata, une population d'environ 20 000 personnes, qui ont eu un nouveau directeur général qui est entré en fonction très récemment... D'ailleurs, l'ancien directeur général, M. Camil Dion, il est rendu dans mon ancien établissement, au CSS de Lac-Saint-Jean-Est. Et puis on regarde avec l'établissement, mais ça, c'est un travail qui se fait avec l'agence, mais grossièrement le déficit n'est quand même pas un déficit qui est majeur; c'est un déficit qui, d'après moi, est résorbable. Il y a des travaux d'optimisation, comme dans n'importe quel établissement de santé, qui peuvent être faits. Je pense que les services à la population ne sont pas remis en question, sauf que, comme tous les établissements qui ont un déficit, on travaille avec l'établissement pour optimiser et regarder comment on peut faire pour en arriver à l'équilibre budgétaire sans toucher aux services. Donc, la réponse est oui, on a une considération particulière, mais pas dans le sens nécessairement de rajouter de l'argent mais plutôt de regarder avec l'établissement comment il peut se remettre en équilibre budgétaire, en amélioration de la performance, et ça, c'est par des projets d'optimisation.

Et c'est une région, d'ailleurs, que j'ai l'intention de visiter. Je n'ai pas encore visité le CSS de Témiscouata, mais j'ai l'intention d'aller à... c'est Notre-Dame-du-Lac, je pense, l'endroit? Ça fait que j'ai l'intention d'aller les visiter puis aller voir un peu qu'est-ce qui se passe sur place. Donc, vous pouvez être assuré de ma collaboration, mais c'est certain qu'on ne peut pas juste remettre de l'argent, il faut qu'on travaille avec l'établissement pour retrouver l'équilibre budgétaire.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Et il ne reste que 15 secondes, c'est juste le temps de faire un commentaire. Si vous voulez, vous pouvez revenir dans le prochain bloc.

M. Simard (Kamouraska-Témiscouata): Alors, ça me fera plaisir de vous recevoir, M. le ministre. Puis on a une directrice générale, Mme Viel, effectivement, là, qui semble bien d'attaque.

● (20 h 10) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci beaucoup, M. le député de Kamouraska-Témiscouata. Je vais tout de suite céder la parole de l'autre côté, au parti ministériel,

et je reconnais M. le député des Îles-de-la-Madeleine. Vous avez la parole, M. le député.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais aborder le thème de l'INESSS, l'institut d'excellence en santé et en services sociaux. L'INESSS a été créé par le projet de loi n° 67, adopté le 10 juin 2010. Et le projet de loi a été adopté suite à des audiences publiques qui ont été menées à l'hiver 2010, et près d'une trentaine d'organismes ou de personnes se sont manifestés, sont venus en commission parlementaire pour apporter leurs commentaires sur le projet de loi. Et je me permets, M. le Président, de vous nommer une bonne partie de ces organismes-là, parce que ce sont des organismes qui ont beaucoup de crédibilité dans le réseau de la santé, et après ça je vous dirai un peu les résultats de leur présence et de leurs mémoires.

Donc, on a eu l'honneur de rencontrer l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, l'AQESSS, l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association canadienne du médicament générique, l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, l'Association médicale du Québec, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, l'Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens du Québec.

On a eu également le privilège de rencontrer et de recevoir M. Claude Castonguay, le père de l'assurance maladie, comme tous le sait; le Collège des médecins du Québec, la Coalition Solidarité Santé, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, la CSN, la Confédération des syndicats nationaux, la Centrale des syndicats du Québec, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Fonds de recherche en santé du Québec.

On a également eu M. Venne, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre professionnels des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec; on a eu Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, le Syndicat de la fonction publique du Québec et le syndicat... professionnel du gouvernement du Québec.

Alors, une pléiade d'organismes, là, très reconnus et connus au Québec pour leur crédibilité dans le réseau de la santé. Et, sur ces 26 organismes là ou personnes, 21 — 21 — organismes ont appuyé le projet de loi présenté par vous, M. le ministre, qui avez parrainé cet important projet de loi.

Vous avez aussi, lors d'une annonce le 24 janvier, lancé les activités de l'INESSS, et on sait que l'INESSS a été constitué du... ou a succédé au Conseil des médicaments et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Et l'INESSS, ou le projet de loi, a été inspiré par le NICE, que vous connaissez bien. Et d'ailleurs je pense que vous avez eu dernièrement l'opportunité de rencontrer le fondateur de NICE, un organisme également très reconnu en Angleterre.

M. le ministre, ma question va être la suivante. J'aimerais ça que vous nous donniez un petit peu l'histoire de la création de l'INESSS et également nous dire pourquoi cet organisme qui succède aux deux organismes que j'ai

mentionnés tantôt, l'AETMIS puis le Conseil des médicaments, fut créé et qu'il était important de faire cet institut d'excellence en santé et services sociaux.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. D'abord, l'INESSS est une recommandation du rapport Castonguay, qui disait qu'on avait deux organismes... Puis, à ce moment-là, il avait même pensé, M. Castonguay, il avait recommandé que le Commissaire à la santé et au bien-être soit regroupé avec le Conseil du médicament et l'Agence d'évaluation des technologies en santé... soient regroupés sous le même chapeau, tout simplement parce que c'est complémentaire.

Aujourd'hui, quand les gens reçoivent des soins, ils reçoivent des soins avec des médicaments, ils reçoivent des soins avec de la radiothérapie puis ils reçoivent également des soins thérapeutiques et diagnostiques de toutes catégories, et ce qui avait été recommandé, c'était de faire une organisation du style NICE, comme en Angleterre, qui serait un organisme qui recommanderait au ministre c'est quoi, les bonnes pratiques, il ferait également de l'évaluation. Il fallait que cet organisme-là, également, ait une grande crédibilité, donc formé de gens qui sont reconnus par leurs pairs comme étant des experts, et c'est ce qui a été fait avec l'INESSS.

Au début, le... mon critique de l'opposition... à ce moment-là, c'était le député de Marie-Victorin, qui avait émis des doutes par rapport à la fonctionnalité de l'INESSS, mais je dois vous avouer: plus on écoutait les gens, au niveau de la commission parlementaire, plus on voyait que c'était un bon projet. Et même, à la fin, à ma connaissance, ils ont voté avec nous pour la création de l'INESSS. Donc, ça a été un organisme qui a été mis en place.

Il faut dire que, tout le long de la commission parlementaire, les gens qui sont venus nous ont tous dit que le Conseil du médicament et l'Agence d'évaluation des technologies en santé étaient d'excellents organismes, mais qu'il y avait probablement un avantage à les regrouper pour maintenant prendre en charge tout l'épisode de soins des gens et faire des recommandations, pas seulement que sur un aspect, mais sur tous les aspects par rapport aux épisodes de soins.

L'autre élément intéressant par rapport à l'INESSS, c'est qu'on a rajouté dans leur mandat la possibilité de faire des guides de pratique en collaboration avec soit des ordres professionnels ou des sociétés savantes, qui peuvent faire des recommandations, et d'eux-mêmes ils peuvent également partir... avoir un mandat de faire un guide pratique.

Une des caractéristiques qui nous différencie de NICE, c'est que NICE, c'est seulement que du côté médical, santé physique, tandis que l'INESSS regroupe aussi la santé et les services sociaux, qui est une caractéristique unique au Québec. D'ailleurs, je tiens à le dire, on est la seule province à avoir une organisation comme l'INESSS qui est... c'est un modèle basé sur NICE, et je l'ai dit précédemment... Mais même le président Obama, lorsqu'il a fait son discours à la nation sur la santé, avait dit qu'aux États-Unis ça prenait une organisation qui justement est responsable de faire des recommandations sur les bonnes pratiques, ce qu'est l'INESSS.

Quand j'ai été... on a eu un colloque des 30 dirigeants de la santé au monde, et puis il y avait le représentant de... l'équivalent du P.D.G. de NICE, et il y avait également le ministre de la Santé qui était sous Tony Blair, qui a travaillé à la formation de NICE, et ce qu'ils nous ont dit, c'est qu'une des caractéristiques intéressantes qu'on avait au Québec, eux autres auraient probablement refait... auraient revu que NICE aurait pu évoluer dans ce sens, c'était de regrouper les services sociaux à l'intérieur de l'organisation. Et je dois vous avouer que l'INESSS, suite justement... parce que ça fait suite à l'AETMIS et au Conseil du médicament, a vraiment une grande crédibilité, et on pense que c'est ce qui fait qu'au Québec on peut avoir les meilleures pratiques reconnues dans un système de santé public, et on peut se permettre d'offrir ce que le citoyen a besoin pour demeurer en bonne santé, en autant qu'on ait des recommandations des meilleures pratiques.

Donc, pour nous, c'est une grande réussite et un grand succès. Et, je tiens à le dire, l'opposition a très bien collaboré dans ce projet de loi, et puis les gens ont trouvé qu'à la fin on a eu un très bon résultat. Et, pour le Québec, c'est un bel outil qui est unique au Canada; les autres provinces n'ont pas l'INESSS.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Oui. Merci, M. le Président. Je vais aborder un peu le mandat de l'INESSS, qui se détaille en trois volets. Un premier, c'est d'évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, médicaments et interventions qui se fait dans le réseau de la santé et des services sociaux; le deuxième mandat, c'est d'élaborer les recommandations et les guides de pratique clinique visant leur usage optimal, et les maintenir à jour, et les diffuser à l'intérieur du réseau; le troisième mandat, c'est faire des recommandations sur la mise à jour de certaines listes de médicaments.

Ma question serait la suivante: Qui donne les mandats à l'INESSS et comment le processus se fait pour que l'INESSS accepte un mandat, décide de travailler sur ce mandat-là et, après ça, prenne position et fasse des recommandations, là, à qui de droit?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. le ministre, vous avez la parole.

● (20 h 20) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un: dans un premier temps, l'INESSS a quand même une vigie par rapport à ce qui vient sur le marché au niveau des nouvelles technologies; ils peuvent d'eux-mêmes décider de faire l'évaluation des nouvelles technologies. Donc, ils peuvent se donner eux autres mêmes le mandat, mais ils forment un groupe d'experts, et les experts vont recommander.

Un exemple, ça avait été avec l'AETMIS, au niveau du TEPscan, c'est-à-dire qu'au Québec il y avait une nouvelle technologie qui apparaissait pour le diagnostic du cancer, qui est un examen de médecine nucléaire, et, suite à l'évaluation de l'AETMIS à l'époque, qui serait maintenant l'INESSS, il y avait eu une recommandation d'installer des TEPscans partout où est-ce qu'il y avait des centres de traitement du cancer avec radiothérapie, ce qui a été fait. Ce qui a fait, lorsqu'on a eu la crise des

isotopes, le Québec était l'endroit le mieux équipé en TEPscans de tout le Canada. Et ça, c'est la première façon dont on peut avoir un mandat.

La deuxième: le ministre, dans des situations particulières ou sur du questionnement, peut donner un mandat à l'INESSS.

Le troisième qu'on voit, c'est que, si des ordres professionnels voulaient faire des guides de pratique, à ce moment-là ils pourraient travailler avec l'INESSS, faire le guide de pratique et s'entendre avec l'INESSS que ça pourrait être accepté par eux autres. Ça deviendrait comme un guide officiel au niveau du Québec.

En ce qui concerne les médicaments, ce sont les compagnies qui demandent à faire inscrire leurs médicaments au niveau des formulaires du Québec, soit formulaire patient d'exception ou médicament d'exception ou le formulaire régulier. Et, à ce moment-là, il y a une procédure qui est suivie et qui va évaluer la valeur thérapeutique du traitement, une évaluation également pharmacoeconomique, et par la suite l'INESSS va recommander au ministre de l'accepter ou pas sur nos listes de médicaments. C'est certain qu'à la fin, dans le cas des médicaments, c'est le ministre qui a le dernier mot. Mais je peux vous dire que généralement ils font tellement un bon travail. Moi, depuis que je suis en poste, j'ai toujours accepté les recommandations tant du Conseil du médicament que de l'INESSS.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles-de-la-Madeleine, vous avez la parole.

M. Chevarie: Dans la continuité du mandat de cet organisme-là, quels sont les différents organismes ou instances ou établissements qui font affaire avec l'INESSS ou qui, je dirais, qui peuvent bénéficier des connaissances puis des recommandations de l'INESSS?

M. Bolduc: Bien, un, tous les professionnels de la santé au Québec peuvent travailler avec l'INESSS via leur ordre professionnel ou même avec les associations, également les établissements de santé du Québec. Et l'INESSS, pour dire, est vraiment notre organisation qui fait la promotion de l'excellence des pratiques. Donc, tout ce qui est pratique professionnelle au niveau de la santé peut faire un appel à l'INESSS ou travailler en collaboration.

Un élément intéressant que nous avons lors de la discussion du projet de loi, c'était le fait que l'INESSS allait travailler avec les ordres professionnels. Donc, s'il y a un ordre professionnel qui a des recommandations à faire par rapport à une pathologie particulière ou encore un guide de pratique qui devrait être mis en place, l'ordre professionnel peut le faire seul, mais il pourrait également le faire en collaboration avec l'INESSS. Et, si on avait le sceau INESSS, à ce moment-là ça donne plus de crédibilité au protocole qui est accepté.

Le principal bénéficiaire de l'INESSS, ça demeure le patient. La finalité, là, c'est que ça va nous permettre d'offrir des meilleurs soins, et ça va nous permettre également d'avoir un organisme crédible qui conseille le ministre pour l'apport des nouvelles technologies et la diffusion des nouvelles technologies au Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Oui. Je vais avoir une dernière question sur le sujet, c'est en ce qui concerne la gouvernance de l'INESSS. Sûrement que l'INESSS est chapeauté par un conseil d'administration. J'aimerais ça que le ministre nous en parle un peu, comment le conseil d'administration a été formé et quel a été le processus de nomination des membres du conseil d'administration sur cette instance?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, c'est basé sur un principe de gouvernance moderne, parce que c'est un organisme qu'on a créé récemment, dont, entre autres, la majorité des membres sont des membres indépendants et des membres qui sont recommandés par différents collèges électoraux qui sont en relation avec la santé. Et ça avait été défini dans le projet de loi: les membres sont nommés par le ministre. Ça fait que c'est moi qui nomme les membres après acceptation par un décret au Conseil des ministres.

M. Chevarie: Merci...

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles-de-la-Madeleine, ça va? Alors...

M. Bolduc: Puis, si vous...

Le Président (M. Sklavounos): Oui, allez-y, M. le ministre. Allez-y.

M. Bolduc: Oui. Puis, si vous voulez des exemples de... je peux vous donner des personnes qui font partie actuellement. Je vais vous donner des... Mme Gertrude Bourdon, qui est la directrice générale du CHUQ; j'ai Dr James Brophy, qui est médecin spécialiste, qui a une maîtrise en ingénierie, Ph. D. en épidémiologie et biostatistiques; j'ai Mme Sylvie Dupras, qui est directrice générale du Centre de réadaptation en DI-TED de la Mauricie, Centre-du-Québec; Dr Pierre Jacob Durand, qui est médecin spécialiste en gériatrie et santé communautaire; M. Carl Lacharité, qui est un Ph. D. en psychologie; Mme Patricia Lefebvre, qui est reconnue au niveau de la pharmacie, qui a une maîtrise en pharmacie; puis Mme Louise Nadeau, qui a un Ph. D. en psychologie.

Ce qu'on s'était entendus lors du projet de loi, c'est que ce serait représentatif tant au niveau de la santé que des services sociaux, et il y aurait différents groupes qui seraient représentés sur nomination du ministre.

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

M. Chevarie: Oui. Je vais avoir...

Le Président (M. Sklavounos): ...allez-y.

M. Chevarie: ...une toute dernière question.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y. Allez-y. Allez-y.

M. Chevarie: Évidemment, on mentionnait en début de questions sur ce volet-là que l'INESSS a succédé

au Conseil des médicaments puis à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Évidemment, il y avait du personnel dans les deux instances, qui étaient deux instances autonomes, si j'ai bien compris. À ce moment-là, c'est un genre de fusion qui a été faite pour créer l'INESSS. Comment ce processus-là s'est fait? Est-ce que c'est... Est-ce que ça a été fait correctement? Est-ce que les gens sont satisfaits? Est-ce que...

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre, allez-y.

M. Bolduc: Bien, à ma connaissance, ça s'est fait dans l'harmonie, et puis on a nommé un président-directeur général pour l'INESSS, qui est le Dr Roberto Iglesias. Les deux équipes ont été regroupées, et là, justement, c'est en cheminement, là, pour consolider ces équipes-là. Ça a été mis en place seulement qu'au début de janvier, donc tout est en train de se faire. Et je dois vous avouer que ça se fait très bien, surtout qu'il faut qu'ils continuent à travailler, parce qu'on a toujours les formulaires au niveau des médicaments, on demande des avis. Il y a des mandats qui sont donnés à l'INESSS, donc, en même temps qu'on intègre, on continue à faire le travail qui est nécessaire.

M. Chevarie: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Ça va, M. le député des Îles?

Mme Gaudreault: Il reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Sklavounos): Il reste environ trois minutes, Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Est-ce qu'on peut reporter dans l'autre bloc?

Le Président (M. Sklavounos): Vous pouvez absolument le faire.

Mme Gaudreault: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, je vais tout de suite regarder du côté de Québec solidaire. M. le député de Mercier, vous avez la parole. Vous avez un bloc de 15 minutes.

M. Khadir: D'accord. On va se dépêcher. Merci, M. le Président. Bonsoir, chers collègues. Il y a vraiment quelque chose de vertigineux quand, comme ministre, on doit répondre, hein, à... je ne sais pas combien de milliards, j'ai oublié le chiffre, mais le plus gros poste budgétaire du Québec. Donc, comme, nous, ici, notre rôle, c'est de vous critiquer puis essayer de vous prendre en défaut le plus souvent possible, je dois commencer quand même d'abord par reconnaître le travail colossal puis espérer que la santé aille bien au sens littéral et, bon...

M. Bolduc: Et personnel.

M. Khadir: ...et personnel. Et je voudrais aussi saluer plusieurs de vos... enfin, tous vos collègues, dont

plusieurs de nos collègues médecins qui se dévouent à l'administration de la santé, qui est en fait à la base, donc, du travail qu'on fait au quotidien, des milliers d'entre nous, comme médecins, auprès des patients.

Je voudrais d'abord corriger quelque chose que je m'évertue à chaque fois que j'en ai l'occasion, et j'espère qu'un bon jour M. Castonguay lui-même apportera cette correction, parce que c'est une énorme injustice quand on le traite de «père du régime d'assurance maladie au Québec». La RAMQ, il y en a plusieurs ici qui s'en rappellent, a été instituée à la fin des années soixante par un ministre de l'Union nationale, Jean-Paul Cloutier, qui est décédé dernièrement, si je ne me trompe pas. Ensuite, M. Castonguay avait été nommé à la commission Castonguay-Nepveu par le gouvernement d'Union nationale, c'était la commission Nepveu-Castonguay. Et, comme on assure l'équilibre, par exemple, dans la commission Bouchard-Taylor, on avait nommé deux commissaires, chacun assurant l'équilibre communauté anglophone, communauté francophone. Et M. Castonguay représentait à cette époque-là, souvenirs... souvenons-nous-en, le milieu des affaires, c'est un acteur au service des banques. Il était là pour s'assurer que, dans ce processus de régime d'assurance santé universel, les assureurs, les banquiers, les financiers, en arrière de ça, n'y perdent pas trop.

Donc, il faut vraiment, pour faire justice à l'histoire puis à ce que ça a représenté, cesser de répéter que c'est le père... C'était un policier, pour pas que ça aille trop loin. C'est d'ailleurs lui qui a insisté pour que la rémunération des médecins... bon, les avantages qu'avait l'élite médicale à l'époque soient le plus maintenus. J'espère que M. Castonguay aura l'honnêteté intellectuelle, une fois pour toutes, de corriger cette erreur historique.

M. le ministre, à la page 114 de l'étude des crédits, le premier volume, on voit la croissance en pourcentage des coûts des médicaments assurés. Donc, pour la prévision pour 2010-2011, c'est 3,4 milliards, à toutes fins pratiques, hein, le coût des médicaments. C'était à peu près la même chose l'année dernière, à peu de chose près. Mais le «peu de chose près», c'est quand même 6 %. À ma connaissance, quand on a commencé le régime d'assurance médicaments tel qu'on le connaît aujourd'hui, la part qui revient à l'État, c'est-à-dire la couverture d'à peu près 40 % de la population des Québécois... Est-ce que vous avez retrouvé la page? L'étude des crédits...

● (20 h 30) ●

Une voix: ...

M. Khadir: Oui. Excusez-moi. Oui. Réponses aux questions générales et particulières, page 114. Voilà. De la RAMQ.

Donc, à ma connaissance, en 1998, 950 millions. Donc, en 2010-2011, 3,4 milliards. J'ai fait les calculs, ça fait une croissance de 72 % en 12 ans. Ça fait 6 % par année. Constamment. Alors que... Bon, d'abord, c'est bien au-dessus de la cible que vous vous êtes vous-même donnée de la croissance des coûts dans le ministère de la Santé. Et, quand on sait les services qui ont été coupés un peu partout, hein, le député de Kamouraska vous en a mentionné... Heureusement, au CSSS de Témiscouata, on a reculé, vous avez apporté des correctifs. Malheureusement, dans mon comté, le CSSS Jeanne-Mance a écopé de coupures de l'ordre de 8 millions de dollars. On a cessé les activités d'un organisme bénévole, La Petite Marmite,

parce qu'on ne voulait plus donner le 40 000 \$ qu'on lui donnait par le passé. Et, lorsque je vois ces croissances dans le coût des médicaments puis je vois par ailleurs ce qu'on coupe partout, je me demande pourquoi le ministère ne fait pas un effort plus sérieux pour juguler le coût des médicaments.

Et, peut-être de manière plus précise, dans le fond, si on regarde, là... Vous avez une exigence. À la page 295 du volume 2, cette fois. Est-ce qu'on me suit toujours? Page 295 du volume 2, à la ligne 13. J'essaie de donner un peu le même vertige que vous avez à mes collègues, hein, pour qu'ils sachent avec combien de chiffres vous devez... Bon, vous avez comme politique: «Maintenir l'exigence pour le fabricant d'offrir au régime public québécois le meilleur [...] consenti à tout régime public provincial au Canada.» Ça, c'est dans l'évaluation de la politique du médicament. À la page 296, donc un peu plus loin: «Maintenir la règle de 15 ans dans sa forme actuelle et ne pas instaurer un système de prix...» Parce qu'actuellement on n'a pas un système de prix de référence sur lequel l'acheteur public exerce un contrôle.

Avec l'INESSS, peut-être dans l'avenir avec d'autres acteurs, en consultant d'autres provinces, exercer un contrôle, juguler les prix du médicament. En fait, les Néo-Zélandais l'ont fait. Ils sont rendus à 65 % de réduction. Ça ne serait-y pas beau pour le Québec, ça, 2 milliards de réduction des coûts qu'on a actuellement? Bon, je ne vous demande pas d'en faire autant. Mais est-ce que vous pourriez me dire combien coûte cette mesure, cette politique du médicament, au contribuable québécois? Là, c'est 6 % de croissance, soutenue sur 13 ans, du coût: au total, 72 % de croissance, de son départ. Est-ce que vous avez fait une évaluation? C'est-u dans l'intérêt du Québec, des Québécois, des contribuables, de laisser un 15 ans de...

Une voix: ...

M. Khadir: En fait, non, 15 ans... La règle de 15 ans pour les brevets, en fait la main libre pendant 15 ans pour faire tous les profits qu'ils veulent.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Mercier. M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, je remercie le docteur... le député de Mercier, parce que ça nous permet de clarifier. Premièrement, comme de fait, il y a eu une croissance, en moyenne, de 6 % au cours des six, sept dernières années, en moyenne. Mais je rappellerai que, puis le député de Mercier est au courant, il y a quelques années, les croissances dans le réseau de la santé étaient même de 10 % à 15 %. Ça a été ramené au cours des dernières années autour de 6 %. Et on prédit que, pour l'année prochaine, ça devrait être autour de 2 %. Pourquoi?

La première chose, c'est qu'on a pris... on a mis en application une règle pour les génériques: au lieu de payer 50 % du prix de l'innovateur, ça va être 25 %. C'est une règle qui... en fonction au cours du mois de juillet l'année dernière, qu'on actualise actuellement, puis qu'on a calculé que, cette année, on ferait une économie de 100 millions de dollars. Donc, ça, ça va nous permettre de faire des économies. Puis c'est des économies qui vont croître au cours des prochaines années, parce que, chaque année, il y a des produits qui actuellement on paie 100 %

du montant qui vont devenir à 25 % parce qu'ils deviennent génériques.

Deuxième phénomène au niveau de l'industrie pharmaceutique, il y a de moins en moins de nouveaux produits. Donc, quand vous regardez la courbe d'il y a quelques années, à chaque année, il y avait de plus en plus de nouveaux produits. Actuellement, c'est l'inverse, c'est-à-dire, il y a de moins en moins de nouveaux produits sur le marché tout simplement parce qu'il y a plusieurs molécules qui ont été découvertes, on a plusieurs classes thérapeutiques. Mais, des nouvelles catégories au niveau des classes thérapeutiques, il y en a très peu, et ça prend de plus en plus de temps avant de les mettre sur le marché, tout simplement dû au phénomène de la sécurité et des études cliniques. Ça, le député de Mercier est bien informé en tant que médecin, il sait comment ça fonctionne.

Donc, on a deux phénomènes intéressants: une généralisation des produits qui fait qu'on a une économie; deuxième phénomène, c'est qu'on a moins de nouvelles molécules, ce qui fait qu'on va avoir moins de dépenses qui vont être anticipées. Ce qui fait qu'il y avait un article la semaine dernière dans le *Globe and Mail* qui disait que, même cette année, c'est possible que les coûts des médicaments... il y ait eu une décroissance de 2 % par rapport à l'année dernière.

Le troisième élément, c'est la règle des 15 ans. C'est une décision politique. Au Québec, on a une industrie de médicaments innovateurs, tandis qu'en Ontario il y a une industrie de médicaments génériques. Le Québec a décidé, pour encourager les compagnies novatrices à venir faire plus de recherche au Québec, s'installer puis travailler avec nos laboratoires, de donner une protection qui est un peu plus longue, qui est la règle des 15 ans.

Ça fait partie de la Politique du médicament qui a été adoptée en 1997. C'est une décision qui a été prise, et puis pour le moment on n'a pas l'intention de revenir sur cette orientation-là.

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Messieurs, le temps... Attendez. On va prendre la parole en ordre parce que je veux que ce soit clair pour les transcriptions. M. le député de Mercier, si vous avez une question complémentaire, allez-y. On va vous entendre correctement.

M. Khadir: O.K. Alors, ma question, précisément, M. le ministre, c'est: Combien ça nous coûte? Parce que, quand on instaure une politique, après quelques années, on évalue. Est-ce que ça vaut la peine pour le nombre d'innovations apportées, pour les économies que ça nous a fait faire, pour les emplois que ça a créés? Est-ce que vous avez fait une étude? Est-ce que le ministère ou la RAMQ dispose de quelque chose pour nous dire que ça a valu la peine?

Parce que, comme je vous dis, je ne parle pas de 2 % de réduction, là. L'Ontario a négocié ferme ses coûts de médicaments, a obtenu des rabais substantiels. La Nouvelle-Zélande, c'est deux tiers. On pourrait aller chercher 2 milliards de dollars. M. le ministre, il ne faut pas traiter ça à la légère avec des réponses évasives, il faut être très précis.

Y a-t-il eu une évaluation? Combien ça nous coûte? Combien on est dépossédés actuellement à cause de ça?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Mercier. Il faut éviter de prêter des intentions au ministre. M. le ministre, vous avez la parole, allez-y.

M. Bolduc: Compte tenu de la règle de 15 ans, il y a une règle qui a été établie, qu'il y a une compensation de la part du ministère du Développement économique envers la Santé pour compenser justement la règle des 15 ans. Et, pour 2010-2011, c'est noté à la page 154 du document Régie de l'assurance maladie du Québec, la compensation a été de 158,3 millions de dollars.

Le député de Mercier fait mention que c'est le contribuable qui paie. Par contre, l'industrie crée aussi des emplois, et ça, c'est une règle qui a été faite au niveau du ministère du Développement économique, parce que justement c'est un... c'est la façon dont on s'est organisé pour ne pas que le ministère de la Santé soit compensé.

Ça fait que, pour ce qui s'agit de ma part, moi, le ministère de la Santé, je ne suis pas pénalisé. Pour ce qui s'agit de savoir l'investissement des compagnies pharmaceutiques au Québec, bien là ça relève du ministère du Développement économique et du ministère des Finances.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Mercier.

M. Khadir: Combien de minutes j'ai?

Le Président (M. Sklavounos): 3 min 30 s, M. le ministre... M. le député.

● (20 h 40) ●

M. Khadir: Je vais y aller très rapidement. M. le ministre, actuellement le coût des médicaments novateurs pour le Québec est de 2,3 milliards, à peu près 2,3 milliards de dollars. Le gouvernement ontarien, qui a décidé de prendre les choses de front, on estime... En fait, selon le *Globe and Mail*, parce que le contrat est maintenu secret, d'accord, en escroquant le Québec, et je pèse mes mots, parce que celui qui a négocié ce contrat-là avec l'Ontario, pour le maintenir secret, c'est celui-là même qui, au gouvernement libéral, a institué la politique du médicament, qui exige qu'on ait les mêmes rabais qu'ailleurs. Mais ça, c'est un autre débat.

En tout cas, pour ça, en Ontario, on estime qu'il y a une réduction de 50 %, un peu comme vous l'avez fait pour les génériques, là. Vous avez diminué de 50 % le coût d'acquisition en moyenne: ils ont obtenu la même chose pour les médicaments brevetés. Ça, ça voudrait dire pour le Québec 1,3 milliard de dollars. On ne parle pas des 150 millions de dollars en compensation qui vient d'un autre ministère, que les contribuables paient. D'autant plus que vous devez traiter cette industrie-là pour ce qu'elle est.

Je vous recommande — je m'en veux de ne pas vous l'avoir acheminé plus tôt, je vous l'avais promis — ...c'est le rapport Debré, du député de l'UMP, de la majoritaire présidentielle en France, demandé par Nicolas Sarkozy et secondé par un professeur de l'Institut Necker. Le rapport traite l'industrie pharmaceutique brevetée comme étant une industrie qui n'est pas fiable, qui a eu des pratiques abusives à l'endroit des décideurs publics. Donc, il y a là tous les éléments... Quand on sait ce qui s'est passé en Ontario, quand on sait la réduction qu'a obtenue la Nouvelle-Zélande, quand on sait le rapport accablant sur l'industrie du médicament breveté, il y a lieu que le gouvernement

québécois réévalue ces pertes incroyables, ces milliards de dollars littéralement qu'on perd depuis des années pour une industrie qui n'innove plus, qui ne fait que répéter les mêmes produits dans des niches qui sont rentables, qui se limite à des médicaments qui occupent les mêmes niches sans n'apporter rien de nouveau dans l'arsenal thérapeutique.

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

M. Bolduc: Bien, je demanderais peut-être au député de Mercier de m'envoyer l'étude qu'il m'avait déjà promise, et puis je vais en prendre connaissance.

Pour ce qui s'agit de la politique gouvernementale par rapport au coût des médicaments, entre autres la règle du 15 ans, on croit encore que l'industrie pharmaceutique, ce sont des bons contribuables qui contribuent également à la recherche au Québec. Et, comme je l'ai mentionné, je crois, ce matin, on va quand même avoir le Centre de recherche du CHUM, le Centre de recherche du CUSM, Sainte-Justine, on a le CHUQ, on a le CHUS et plusieurs centres de recherche au Québec qui seront associés également pour faire de la recherche fondamentale, et également il y a de la médecine personnalisée, où on pense qu'au Québec il y aura un créneau intéressant, qui semble être une tendance mondiale.

Ça fait que c'est pour ça que pour le moment on croit encore qu'il y a du partenariat à faire avec l'industrie pharmaceutique, des produits innovants. Que nous réserve l'avenir? On ne peut pas le dire. Mais actuellement, pour le ministère de la Santé, pour en revenir à votre question de base, le ministère de la Santé n'est pas pénalisé par le fait de payer les médicaments un peu plus cher à cause du coût de compensation par le ministère du Développement économique.

M. Khadir: Je crois que...

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Mercier, allez-y.

M. Khadir: ...tant et aussi longtemps qu'on ne sait pas la nature de l'entente entre Rx & D et le gouvernement ontarien, qui stipule qu'on doit avoir les mêmes réductions, on est pénalisés. Ils sont en train de nous escroquer. C'est une fraude. Ils s'étaient engagés à nous offrir les même rabais que partout ailleurs au Canada, ils ont consenti des rabais à l'Ontario, puis ils se cachent derrière le secret commercial pour ne pas vous les accorder. Donc, on est pénalisés.

Si, par exemple, la réduction obtenue par l'Ontario est de 50 %, comme le *Globe and Mail* l'estime, ça veut dire qu'on est pénalisés chaque année, pour cette année, de 1,3 milliard de dollars. Vous ne pouvez pas dire qu'on n'est pas pénalisés. On est pénalisés.

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, M. le député de Mercier.

M. Khadir: Et donc je voudrais redire, M. le ministre: Vous ne pouvez pas, sans avoir d'étude, sans avoir fait enquête, sans avoir comparé nos coûts, par exemple, avec d'autres endroits où on a obtenu des réductions importantes, dire qu'on n'est pas pénalisés. Ce n'est pas responsable de donner une réponse comme ça sans se baser sur des chiffres.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Mercier. Sur ce, je dois retourner du côté ministériel. Il n'y aura pas de temps pour une réplique de la part du ministre. Alors, je vais céder la parole tout de suite à Mme la députée de Hull. Vous avez la parole.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je voudrais à mon tour, M. le Président, faire un petit éditorial par rapport aux infrastructures en santé, parce que, lorsqu'on entend nos collègues d'en face, on dirait que tout est noir, il n'y a rien qui se réalise. C'est vrai que c'est long. Ça, je dois vous le dire, construire un hôpital, agrandir une urgence, c'est très long, il y a plusieurs étapes, et tout ça, mais je veux, pour vous encourager, vous faire la liste des infrastructures qui ont été complétées ou presque en voie d'être complétées dans l'Outaouais. Puis il y en a pour 176 millions de dollars. Ce sont toutes des infrastructures qui vont mener au désengorgement de nos urgences.

Et, vous savez, on a eu l'appui de notre ministre de la Santé précédent, l'actuel, parce qu'ils sont là pour l'ensemble des patients au Québec. Oui, vous avez raison de faire la vague, parce que c'est vraiment... et vous n'avez rien entendu encore, alors imaginez. Mais on parle d'un nouveau CHSLD à Shawville, 50 lits, c'est dans l'actualité en ce moment, les places en CHSLD qui se font rares, et tout. Oui, ça fait du bien, il faut se divertir en fin de soirée comme ça.

Il y a aussi un nouveau CHSLD dans Papineau, 55 lits. Le PFT est en cours, alors ça veut dire que ça sera réalisé prochainement. Il y a un centre satellite d'hémodialyse qui a été aussi proposé. Les plans et devis sont en cours, alors on est en voie de réalisation. Ça, c'était dans le CSSS de Papineau. Il y a l'agrandissement de l'hôpital, aussi, qui a été terminé en 2010, un projet de 31,6 millions.

Dans le CSSS de Gatineau, chez nous, l'urgence de Gatineau, 28,5 millions, qui sera livré, cet agrandissement d'urgence, à la fin de 2011; l'urgence de Hull, presque 24 millions de dollars, terminée en 2010; le centre de cancérologie, 35 millions de dollars, qui a été terminé début 2010. Ça a été... ça a fait toute une différence par rapport aux soins pour les personnes, malheureusement, qui sont... qui vivent avec un diagnostic de cancer en Outaouais. Il y en a cinq nouveaux, cas de cancer, par jour en Outaouais. Alors, avec ce nouveau centre de cancérologie, on est très, très bien équipé pour donner les meilleurs soins avec la meilleure technologie; il y a la médecine nucléaire aussi, 5 millions de dollars. Dans le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, un centre satellite d'hémodialyse, 3,5 millions de dollars, terminé en 2009; construction d'un centre jeunesse, centre d'excellence, et deux nouvelles résidences — imaginez, ça, c'est un beau projet pour les jeunes en difficulté — le PFT est en cours, tout laisse croire que ce sera réalisé très prochainement; puis il y a le CSSS de Papineau qui, lui, a un réaménagement de l'urgence, là aussi, 3,3 millions de dollars; et, il y a quelques semaines, on a annoncé un nouveau véhicule ambulancier, une nouvelle ambulance, alors c'est un investissement de plus de 1 million de dollars par année.

Alors, vous comprendrez qu'on a vraiment un ministre qui est à l'écoute des besoins de l'Outaouais. Et je pense qu'il faut aussi parler des bons coups, il faut aussi parler des belles réalisations. Puis je pense que c'est

notre responsabilité, à titre de représentants de nos citoyens au Parlement, ici, à l'Assemblée nationale, de vraiment faire aussi voir l'autre côté de la médaille, pas juste les réalisations qui vont venir bientôt. Il faut avoir confiance. On a un ministre de la Santé vraiment exceptionnel qui a oeuvré pendant de nombreuses années dans le réseau, qui connaît bien le réseau, qui a à coeur la santé des citoyens, des Québécois et Québécoises, qui veut les soigner ici, au Québec, et non pas les amener en autobus aux États-Unis. Alors, moi, je pense qu'il faut faire valoir les beaux projets d'immobilisation. Puis ça, c'est juste en Outaouais, il y en a partout ailleurs au Québec.

Pour vous parler aussi de... des fois, on a tendance à vouloir dépendre tout en noir, puis, bon, c'est la nature des partis de l'opposition, malheureusement. On a parlé du DSQ avant le repas, tout à l'heure, et puis, de la façon qu'on entend parler, c'est comme s'il n'y avait rien d'informatisé dans le réseau de la santé puis qu'on attend le DSQ pour qu'il se passe quelque chose.

Moi, je voudrais entendre, M. le Président, le ministre par rapport à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ce n'est pas une entité nébuleuse, là, c'est vraiment très bien... puis M. le député de Mercier nous a fait un bel historique, là, de l'implantation de la RAMQ. Mais je voudrais savoir... On sait que c'est un joueur important dans l'informatisation du réseau, par rapport aux médicaments, par rapport aux honoraires professionnels. Tous les médecins du Québec, là, facturent à la RAMQ. C'est assez complexe. Je voudrais entendre, M. le Président, le ministre nous parler du rôle de la RAMQ dans le déploiement puis l'implantation du DSQ, du Dossier santé Québec. Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. M. Richard Audet a tellement donné des bonnes explications tantôt par rapport au Dossier santé Québec, je lui demanderais peut-être de venir expliquer, pour que tous comprennent, l'implication de la RAMQ, qui, je tiens à le souligner, est, pour moi, une des meilleures organisations, certainement, au niveau canadien par rapport à la gestion de l'information puis la gestion de l'informatique. Ça fait que je demanderais peut-être à M. Richard Audet...

Le Président (M. Sklavounos): Avec le consentement des membres du parti ministériel. Ça va?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Consentement du côté de l'opposition officielle pour que M. Audet prenne la parole, Mme la députée?

Mme Maltais: Oui, tout à fait.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. Audet, je vais vous demander quand même de vous re-représenter pour les fins de notre transcription, et par la suite vous aurez la parole.

M. Audet (Richard): Oui, bonsoir. Richard Audet, vice-président en technologies de l'information, Régie de l'assurance maladie. Donc, je vous remercie de me

donner l'opportunité d'expliquer un peu plus notre rôle, à la RAMQ, dans le cadre de l'informatisation du réseau et du Dossier santé Québec.

D'abord, c'est important d'entrée de jeu de mentionner que l'informatisation du réseau puis du Dossier santé Québec, c'est sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, puis le ministère en assume la gouvernance. Cette gouvernance est maintenant incarnée par Mme Verreault, et on en est bien satisfaits et bien contents. Donc, la régie est en appui de l'action du ministère. Elle contribue au niveau de la gouvernance technologique particulièrement et de la gestion opérationnelle, parce que c'est notre spécialité là-dessus, donc la gestion opérationnelle des composants qui sont requis pour le bon fonctionnement du DSQ et son arrimage futur aussi avec les DCI, les dossiers cliniques informatisés, ainsi que les dossiers médicaux électroniques qui seront mis en place graduellement dans les cliniques, soit les GMF ou les cliniques-réseaux.

● (20 h 50) ●

Au fil du temps, en fonction de l'avancement du projet, la régie est devenue un partenaire de plus en plus important et prépondérant dans la mise en oeuvre du DSQ et de son déploiement. Sa contribution a évolué, je vais vous l'expliquer. Ça s'est fait comme en quatre phases. Lors du lancement du projet, donc on revient vers 2006, la régie agissait comme un partenaire parmi tant d'autres avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et pour la réalisation de composants bien particuliers. Donc, ces composants qui étaient identifiés dans la phase I, c'étaient les différents registres, ce qu'on appelle dans notre langage des composants d'arrière-boutique, c'est-à-dire les registres des usagers. Donc, ça prend un registre où tous les usagers du Québec qui ont le droit d'avoir un dossier de santé... est constitué. Ça prend des registres des intervenants, quel intervenant qui a le droit d'accéder au Dossier de santé. Il faut avoir aussi un registre des lieux de dispensation des soins.

On avait aussi la responsabilité de monter les fichiers des consentements et des refus des usagers. On avait aussi le domaine du médicament, qui était probablement le plus grand oeuvre qu'on a eu à faire depuis 2006, c'est-à-dire monter la banque de médicaments et de la constituer pour que ça devienne fonctionnel et disponible aussi à l'ensemble du réseau. Donc, ça a été un des plus grands projets pour lequel on avait déjà une expertise, puisque la Régie de l'assurance maladie, depuis 1997, a mis en place la communication interactive avec les pharmacies pour soutenir le régime d'assurance médicaments.

Il y a eu une deuxième phase par la suite. À la fin de 2007, le ministre a demandé à la régie d'agir comme mandataire dans l'infrastructure avec le public. Donc, les éléments de sécurité qui devaient soutenir, encore une fois, la mise en place du Dossier de santé. C'est des tâches faites. Ce qui était prévu au départ finalement, c'est que, dès que la régie aurait terminé de développer ces produits, à quelque part dans le réseau, il y aurait quelqu'un qui prendrait en charge l'opération et le fonctionnement de ces différents composants.

En 2010, il y a eu un ajustement de l'orientation, ce que j'appelle la phase III. Le ministre a demandé à la régie d'agir comme mandataire pour le fonctionnement puis l'opération du Dossier de santé. Donc, ce que ça voulait dire, c'est que les composants que la Régie de l'assurance

maladie a développés, nous avons maintenant la responsabilité d'en assumer l'opération, de garantir les niveaux de service, et c'était en fonction de l'expérience que nous avons développée dans les dernières années. On sait que la régie a une expérience de longue date dans les régimes, dans les systèmes qui traitent des grands volumes. J'ai parlé de l'assurance médicaments, 160 millions de transactions par année.

Donc, ainsi, la régie s'est vu confier, dans cette phase III là, à l'été 2010, l'année dernière, la gestion d'identification, en plus de l'usager unique, des intervenants, la constitution et la mise à jour des registres des organismes de sensibilisation. Je ne renommerai pas tous les systèmes qu'on a mis en place, mais ce qu'on avait développé, essentiellement ce qu'il faut retenir, nous en avons maintenant la responsabilité de l'opération. Ça comprenait aussi la caisse, pour laquelle on a eu quelques questions tout à l'heure, pour laquelle on assure maintenant l'opération.

Il est arrivé par la suite une quatrième phase que, moi, j'appelle la phase IV. Donc, en début d'année, le 22 mars dernier, bon, le ministre, on sait qu'il a annoncé la création d'un mécanisme de gouvernance et d'informatisation du réseau, dont une table permanente d'interopérabilité, et on en a confié la responsabilité à la Régie d'assurance maladie. Je vais expliquer un peu plus grandement qu'est-ce que c'est, la table d'interopérabilité. La table d'interopérabilité, ça va être le lieu de gouvernance technologique et une façon de regrouper les acteurs impliqués dans le DSQ, les DCI puis les DME et, de façon plus large, dans l'informatisation du réseau. Ça va viser à favoriser le partage fiable, sécuritaire, en temps opportun des renseignements de santé sur la santé des personnes qui en bénéficient et celui des cliniciens, aussi des intervenants, donc, pour pouvoir y accéder.

La table se préoccupera particulièrement de l'arrimage des trois grands systèmes dont j'ai parlé tout à l'heure, donc le DSQ, DCI, DME. Elle aura particulièrement la responsabilité de définir les règles, les normes, les composants faisant office ainsi dans le réseau de normes pour permettre à l'ensemble des systèmes du réseau de pouvoir se parler.

Et l'exemple qu'on aime donner là-dedans, parce que ça avait l'air un petit peu mystérieux au départ, la table d'interopérabilité, l'exemple que nous donnons, c'est le système Interac, vous savez, le système de banques canadien. Actuellement, chacune des banques a développé ses propres systèmes avec des termes technologiques fort différents, et, à un moment donné, il a bien fallu que ces systèmes-là se parlent. Donc, le mécanisme Interac a été développé au Canada. De la même façon, on espère aujourd'hui développer dans le réseau de la santé une espèce d'Interac santé, donc assurer l'interopérabilité des systèmes.

C'est quoi, l'avantage de fonctionner comme celui-là? C'est que vous pouvez réutiliser des actifs que vous avez actuellement développés depuis 20 ans. Donc, ça veut dire, dans les centres hospitaliers, dans les différents centres du réseau, il y a des gens qui ont développé des systèmes qui fonctionnent, qui sont performants, on réutilise ces actifs-là, mais on leur permet de communiquer entre eux et d'utiliser principalement les trois domaines qu'on a mis en place dans le Dossier santé Québec. Les trois domaines, je le rappelle, principalement le médicament, les laboratoires et l'imagerie médicale. Donc, on va assurer l'interopérabilité de ça.

Ce mécanisme-là, on le met en place actuellement, au mois d'avril. Nous allons rencontrer les principaux intervenants du réseau là-dedans. On peut faire... je pense... La table d'interopérabilité, la régie, elle va en assumer le leadership, mais on va être les fiduciaires du réseau là-dedans. Mes collègues, dont j'ai parlé, ailleurs dans le réseau, donc on leur a dit: Bien, ce n'est pas le mécanisme de la régie, c'est le mécanisme du réseau. Nous allons en être les modestes fiduciaires.

Donc, la régie se voit confier de plus en plus de responsabilités dans l'informatisation du réseau, dans cette phase IV, et on est reconnu aussi comme un organisme gouvernemental responsable, imputable, et on a une longue expérience en gestion de programmes puis de données confidentielles, et on est soumis aussi à tout un processus de reddition de comptes auprès de plusieurs instances, et c'est rassurant, je pense, pour le public.

Sur le plan de la protection des renseignements personnels, la régie est très bien outillée pour agir comme le protecteur et le gardien au chapitre de l'alimentation, de l'entreposage et de l'accès sécuritaire aux informations névralgiques déjà sous sa responsabilité et éventuellement en rapport avec les données du DSQ.

Sur le plan technologique, la régie, on dispose d'une expertise qui est reconnue, j'en ai parlé tantôt, relativement, par exemple... dans des grands systèmes d'information, comme la communication interactive avec les pharmacies, mais je pourrais aussi bien nommer le système de rémunération des médecins, qui sert graduellement, année après année, à assurer la rémunération des médecins, au niveau de 4 milliards.

De plus, la régie possède une expertise liée à ses opérations en matière d'assurance maladie et d'assurance médicaments, de même que celle touchant les services à la clientèle. On a des niveaux de service qu'on doit maintenir, qu'on assure auprès de la population, et on va maintenir aussi ces niveaux de service là dans le cadre de la prise en charge des différents services technologiques du Dossier de santé Québec.

Il est important d'ajouter que la régie est l'un des détenteurs importants de données cliniques. On a 40 ans d'assurance maladie, donc on a ces données historiques là pour un peu plus de 7,5 millions de citoyens. On a 40 ans de fichiers de données sur les professionnels et dispensateurs, donc on parle de 34 000 éléments d'occurrence. On parle de 14 ans avec le régime public d'assurance médicaments, 3,2 millions d'assurés, et plus de 10 ans de gestion de banques de données confiées.

Donc, la régie est déjà réputée pour ses pratiques et son encadrement en matière de sécurité et de protection de renseignements personnels. On est reconnu comme un organisme qui a une culture organisationnelle, une grande expertise et une préoccupation continue en matière de protection des renseignements personnels.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la régie ne devient pas le Big Brother là-dedans. En fait, les données cliniques ne sont pas toutes concentrées à la régie. Ce qui est intéressant dans le cadre du Dossier de santé, c'est que l'essentiel du dossier sur le patient est dans les centres de dispensation de soins, donc que ça soit dans les centres ou encore dans les cliniques médicales. La régie, en fait, elle va détenir strictement le registre de médicaments, et les autres registres vont être détenus dans différents endroits qui auront été décidés par le ministre. Nous, on va assurer

les mécanismes d'interopérabilité, on va assurer la sécurité, la protection des renseignements au regard des différents mécanismes. Donc, la majeure partie des données, ça va continuer d'être réparti, comme je l'ai dit, dans le réseau. Donc, pour les données qui sont sous sa responsabilité, la régie agit comme un protecteur, puis un gardien, puis un tiers de confiance pour l'alimentation, puis l'entreposage, et l'accès sécuritaire des données.

Donc, voilà, en quatre étapes, la prise en charge de la régie.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, M. Audet. Mme la députée de Hull, il reste encore un petit peu... 4 min 30 s environ.

Mme Gaudreault: Je vais finir par un commentaire, puis peut-être qu'on pourra revenir à un prochain bloc. Mais en tout cas je suis contente d'avoir posé la question, M. le Président, parce qu'on voit vraiment que vous avez une expertise certaine dans l'informatisation de notre réseau. Puis là vous nous avez appris des nouveaux mots, là, «interopérabilité», et vous le dites très rapidement, en passant, vous êtes bon. Mais merci beaucoup, parce qu'on a tendance à penser que le DSQ, de la façon que c'est présenté dans les médias, de la façon que c'est présenté ici, à l'Assemblée nationale, qu'il n'y a rien de fait, que c'est encore embryonnaire, qu'il y a huit pharmacies à Québec qui sont interreliées. Et je pense que, vraiment, on a vraiment la RAMQ qui est vraiment prête à emboîter le pas, là, pour être un genre de fil conducteur avec le DSQ qui va être déployé prochainement.

Alors, merci beaucoup, M. Audet, de votre expertise. Mme Verreault et vous, là, je pense, vous allez faire une bonne équipe puis vous allez vraiment mener ce projet-là à terme. Je suis très contente, parce que, même nous, là, si on est du côté ministériel, on entend aussi les mêmes choses que les autres, puis on doute des fois. Des fois, on se demande: Coudon, elle a-tu raison, Mme la députée de Taschereau? Est-ce que c'est vrai que ça ne marche pas? Est-ce que c'est vrai? Mais c'est pour ça...

Une voix: ...

Mme Gaudreault: Mais c'est pour ça que les experts sont ici puis c'est pour ça que je vous ai dit d'entrée de jeu hier: Moi, j'aime ça, l'étude des crédits, parce que c'est une période de questions qui dure 13 heures. On a le temps d'obtenir des vraies réponses, de rencontrer les vrais artisans du réseau, puis je vous remercie d'être là en plein mardi soir, presque 21 heures, puis d'être ici puis vraiment nous parler de votre passion. Vous avez l'air très passionné, M. Audet, par la RAMQ. Puis, bien, en tout cas, ça a été mon commentaire. Le reste du temps, bien ce sera à l'autre bloc.

● (21 heures) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Mme la députée de Hull, j'ai cru comprendre... parce que j'ai... Après vérification, il restait du temps dans le bloc précédent.

Mme Gaudreault: Ah oui?

Le Président (M. Sklavounos): Alors, il reste du temps, et M. le député des Îles-de-la-Madeleine demande la parole, alors je vais la lui céder. Vous avez la parole, M. le député des Îles.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais parler des... bien, rapidement, des unités de débordement. Parce que, dans les hôpitaux, on entend souvent parler de ces unités dans les hôpitaux, et on sait généralement que c'est l'ouverture de lits temporaires, mais j'aimerais ça que le ministre puisse nous expliquer un peu plus c'est quoi, ces unités-là, à quoi ça sert — pour le bénéfice de nos auditeurs. Parce que c'est effectivement un aspect qui est questionné à l'occasion, et peu de gens savent à quoi vraiment ça sert, ces unités-là. Alors, j'aimerais ça, M. le ministre, si vous pouviez en dire quelques mots.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Lorsqu'on gère une urgence, il faut être capable de jouer avec la fluctuation des consultations à l'urgence. Quand vous prenez la courbe de consultations sur une année, vous avez des périodes qui sont plus occupées puis des périodes qui sont plus calmes. Puis un exemple: la période entre janvier et mars est la période la plus occupée de l'année, et l'augmentation de volume d'activité dans une urgence et dans un établissement de santé est d'environ 30 %. Ça fait que, si vous voulez gérer votre établissement à 0-24 heures, c'est la norme qu'on essaie de s'appliquer dans le réseau de la santé — pas 0-48 heures, 0-24 heures — à ce moment-là, il faut que vous soyez capable de sortir vos patients qui ont besoin d'être admis sur une base régulière, mais, si vous avez une augmentation de votre nombre de patients, il faut que vous soyez capables d'avoir une augmentation du nombre de lits de courte durée.

Donc, les unités de débordement, le concept, ce sont des lits qui habituellement, dans l'année, sont fermés, mais, lorsque vous avez une augmentation de l'activité à l'urgence, qui est tout à fait normale parce qu'il y a une augmentation de la maladie dans cette période de l'année, il faut être capable d'ouvrir ces lits rapidement et, dès que la période s'estompe, il faut être capable de les fermer. Et ça, c'est ça, les ajustements qu'un hôpital doit faire pour s'assurer que son urgence fonctionne très bien. Si vous n'avez pas de lits de débordement, ce qui va arriver, c'est que votre fluctuation va se faire, mais à l'urgence. Donc, vous allez avoir des périodes où ça va être plus tranquille, et là ça va augmenter, vous allez être en situation de débordement.

Le principe, ce n'est pas de penser qu'on est capable de sortir des patients de l'urgence vers l'extérieur, ils ont besoin d'être admis, c'est vraiment d'être capable de les admettre dans ces lits de débordement. Je vais vous donner un exemple. Moi, quand je gérais l'urgence à l'hôpital d'Alma, je gérais également les lits de courte durée. J'avais 20 lits disponibles à l'année longue, que je pouvais ouvrir n'importe quand. Donc, lorsqu'on arrivait à certaines périodes de l'année, on avait du personnel qui était appelé, on ouvrait ces lits-là, on les gardait pour une certaine période; après ça, on les fermait.

Même principe, il peut arriver dans des périodes de l'année, entre autres, mois d'octobre, mois de septembre, qu'on peut avoir une semaine ou deux très achalandées. Donc, quelle que soit la période de l'année, ce sont des lits qu'il faut qu'on soit capable d'ouvrir et de refermer très rapidement.

L'autre concept que vous pourriez avoir, c'est d'avoir énormément de lits ouverts, mais qu'il n'y ait pas

de patients dedans; donc, là, vous avez des coûts qui sont inutiles. Donc, un bon gestionnaire de lits de courte durée doit être capable de jouer d'une fluctuation environ 20 % à 30 % de ses lits. Moi, j'avais un établissement de 121 lits, j'avais 20 %... j'avais 20 lits de débordement, ce qui donne à peu près un ratio de 25 % à 30 % des lits qui étaient disponibles à la demande.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député des Îles, il reste quand même trois minutes encore.

M. Chevarie: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y.

M. Chevarie: Quand vous parlez de périodes qui sont plus difficiles, où il y a plus de pression au niveau de l'établissement, j'imagine qu'à ce moment-là vous faites référence plus à la période automnale ou encore à la période hivernale, où vraiment le début des gripes arrive au Québec, et puis évidemment ça fait une pression sur l'établissement, sur l'achalandage à l'urgence, et particulièrement au niveau de la clientèle des personnes âgées. Alors, peut-être préciser ça un petit peu?

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

M. Bolduc: Si on commence le début de l'année, janvier: en janvier, vous avez un pic pendant janvier, février, mars. Avril, mai, vous avez une diminution de l'activité. Juin, juillet devient très tranquille dans les établissements de santé; le mois d'août. En septembre, ça commence à... à lever, je vous dirais, jusqu'aux mois d'octobre, novembre, décembre. La première partie de décembre, qui est à peu près du 20 décembre jusqu'au 27 décembre, un hôpital devient tranquille. Typiquement, à partir du 26, 27, 28 décembre, l'hôpital va se remplir. Tu sais, moi, j'ai fait de l'urgence. Ça, c'est un phénomène: si tu ne voulais pas trop travailler fort à l'urgence, tu faisais Noël; si tu voulais travailler fort, tu faisais le jour de l'An. Donc, ce sont des phénomènes.

Et, juste pour vous dire, ce n'est pas seulement qu'au Québec; en Amérique du Nord, c'est la courbe qu'on a. Si vous allez même en Floride dans la période d'hiver, vous allez avoir les mêmes courbes d'achalandage. Donc, pour bien gérer un hôpital, pour bien gérer une urgence, il faut connaître cette fluctuation-là et s'adapter. Et il ne faut pas penser qu'on va faire... que ça va... qu'un hôpital va toujours être stable. D'une journée à l'autre, c'est variable. Il y a même des périodes, on va avoir une période très tranquille, et on peut avoir une semaine très occupée, on va ouvrir 10 à 15 lits, puis après ça on va les fermer.

Un des principes que, moi, je prône à l'urgence, c'est que, même si vous avez un seul patient ou deux patients qui sont en attente de plus de 24 heures, on préfère les monter, même si on ouvre l'unité pour quelques patients. Puis ça empêche d'engorger l'urgence et puis ça nous permet de garder le contrôle de l'urgence.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles, il reste une minute.

M. Chevarie: Oui...

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y. Oui, une minute.

M. Chevarie: Il y a... Il y a un autre phénomène qui agit sur l'achalandage à l'urgence. Chez nous, là, quand j'étais directeur général, à chaque fois que venait le ministre, l'urgence se vidait.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevarie: Alors, probablement que c'est un phénomène qui est reconnu au Québec, aussi.

M. Bolduc: Oui. Puis... Puis...

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

M. Bolduc: Oui, puis... Je ne sais pas comme ministre, mais je peux vous dire que, comme médecin, j'avais la réputation de garder les urgences tranquilles. Ça fait que c'était efficace, là, il y a... Ça fait que... Mais je pense que, si vous regardez la façon de gérer les urgences, et ce qu'on veut essayer d'avoir dans tout le réseau de la santé, et la façon de le faire, c'est vraiment que l'hôpital se donne une capacité de pouvoir ouvrir des lits au besoin, de les fermer au besoin. Et habituellement ce qu'on veut, c'est que ces lits-là soient disponibles sur un étage et non pas à côté de l'urgence. Mais certaines urgences ont gardé des espaces, mais c'est mieux, ces espaces-là, que de les garder dans l'urgence qui est très, très occupée.

M. Chevarie: ...merci.

Le Président (M. Sklavounos): Merci... Merci, M. le ministre. Alors, je tourne maintenant du côté de l'opposition officielle, M. le député de Kamouraska-Témiscouata qui attend patiemment pour le retour de la parole à l'opposition officielle. Vous avez la parole. Allez-y, M. le député.

M. Simard (Kamouraska-Témiscouata): Merci, M. le Président. M. le ministre, alors c'est justement d'urgence que je souhaite m'entretenir avec vous. Pohénégamook, qui est au Témiscouata puis que les gens appellent fièrement le Transcontinental parce que c'est un secteur près des lignes américaines, les gens sont inquiets depuis plusieurs années, mais encore plus avec le contexte dont on parlait tout à l'heure, de la perte de leur urgence, de la perte des services de diagnostic, laboratoires, radiologie.

Est-ce qu'ils ont raison d'avoir cette crainte-là? Êtes-vous en mesure de les rassurer à l'effet que ce qui est visé, ce sont des coupures de services administratifs, une réorganisation, mais que, pour leurs services d'urgence qu'ils ont puis qu'ils souhaitent préserver, ça va être maintenu?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Kamouraska-Témiscouata. M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, la situation de Pohénégamook, c'est la situation de plusieurs urgences à faible volume à partir de 21 heures le soir, la nuit. Et souvent il y a une urgence qui est à une certaine distance, on met une demi-heure à trois quart d'heure, qui est une urgence qui peut répondre aux cas majeurs.

Là, je vais vous parler comme médecin — je ne veux pas vous parler comme ministre — puis comme médecin qui a travaillé dans les urgences puis qui est un expert des urgences, pour évaluer ce type de situation là. Puis je vais vous donner la discussion que, moi, j'ai eue avec l'Hôpital Jeffery-Hale, qui est dans mon comté, et que j'ai rencontré l'établissement puis j'ai rencontré les médecins. Les médecins, ce qu'ils m'ont dit, c'est qu'on ne peut plus tenir le service de nuit, et on n'est plus capables de continuer à travailler comme ça, puis on a des problèmes d'effectifs médicaux.

La décision qui a été prise puis qui a fait que l'urgence a survécu à long terme — c'est une petite urgence qui est près d'une autre grosse urgence — c'est que les gens nous ont dit: Nous autres, on est prêts à offrir les services de jour, de 8 heures le matin à 22 heures le soir, mais, la nuit, on ne voit seulement qu'un ou deux patients, et, si jamais il y a un infarctus ou un patient qui est très malade, de toute façon il va être transporté à l'urgence majeure. Et ça, c'est ce qu'on retrouve dans plusieurs urgences. Puis, juste pour vous dire c'est quoi qui est le mieux pour le patient: Si vous faites un gros infarctus, si vous êtes quelqu'un qui est malade, si vous avez un polytrauma, si vous arrêtez dans un centre comme Pohénégamook, votre espérance de survie est moins grande que si on vous transporte immédiatement dans la bonne urgence. C'est la réalité médicale.

D'ailleurs, dans le dossier de Baie-Saint-Paul, où on a vu dans les journaux récemment... où ils n'ont pas eu leur statut de centre de traumatologie, ce n'est pas le ministre qui a décidé ça, c'est que les experts qui vont sur place disent que, si vous avez un accident qui est majeur, le mieux pour sauver la personne, c'est de l'amener à l'urgence de L'Enfant-Jésus, qui n'est quand même pas trop loin, de façon à recevoir les bons soins. Si vous faites un arrêt à cet établissement-là, à ce moment-là, vous augmentez les chances que le patient peut décéder.

On a la même chose à Saint-Raymond de Portneuf, où j'ai fait de l'urgence à quelques reprises. Saint-Raymond de Portneuf, vous avez un accident qui n'est pas loin, la personne va être amenée directement à Québec. S'ils l'amènent à Saint-Raymond de Portneuf, le risque que vous avez, c'est que vous apportez un délai supplémentaire. Le principe est simple: si vous n'êtes pas beaucoup malade, ça ne changera pas votre situation, mais, si vous êtes très malade, plus vite on vous apporte au bon endroit, mieux c'est.

● (21 h 10) ●

La situation de Pohénégamook, je pense, il faut que ça soit évalué localement. Moi, je pense que l'ensemble du CSS, il ne faut pas le voir dans une perspective de coupures de services, mais il faut plutôt le voir que, si vous n'avez pas les effectifs médicaux pour être capables de garder votre urgence ouverte 24 heures sur 24 malgré l'aide qu'on vous donne, à ce moment-là, vous êtes mieux de prendre la décision de la garder ouverte de 8 heures le matin à 22 heures le soir. La nuit, de toute façon, c'est du personnel qui reste là puis qui a... il y a peu de consultations, et, si c'est un cas... un petit cas mineur, ça va attendre au lendemain matin. Et, si c'est un cas qui est plus malade, l'idéal, c'est de l'amener à l'hôpital qui est le plus près.

Ce que je viens de vous expliquer là, c'est une logique d'organisation médicale. Ça fait que, je peux vous le dire, on ne veut pas faire de coupures. Ce n'est pas une question de coupures, c'est une question d'organisation

de services. Et la population est en mesure de juger... Un peu comme à Saint-Jean-Port-Joli: Est-ce qu'on est mieux d'avoir des coupures de services de façon irrégulière ou encore c'est mieux d'avoir un service qui est régulier, de 8 heures le matin à 22 heures? Parce que, là, le problème que vous avez, si vous ouvrez de nuit, il y a des journées que vous n'avez pas de médecin. Ça fait que c'est une décision locale. Je voulais la respecter. Moi, personnellement, de la garder ouverte, on peut le regarder, mais, à long terme, je pense, ce n'est pas sûr qu'ils vont être capables de le faire.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Kamouraska-Témiscouata.

M. Simard (Kamouraska-Témiscouata): Alors, je comprends bien que les gens ont raison de craindre un changement à leur urgence.

M. Bolduc: Bien, les... les...

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

M. Bolduc: ...les gens, ce qu'ils... les gens doivent décider, au niveau de la communauté, c'est quels types de services qu'ils ont, puis, à toutes les fois qu'arrivent ces décisions-là, il y a une manifestation dans la communauté parce qu'ils ont l'impression de perdre. Mais je vous voyais... On l'a fait à l'Hôpital Chauveau, on l'a fait à l'Hôpital du Jeffery-Hale, qui est dans mon comté, et à la fin les gens... les gens réussissent à avoir des meilleurs services.

Si les distances sont très grandes, mettons qu'on dit: C'est une heure, une heure et demie, on peut regarder pour la garder ouverte, mais je... puis je sais qu'à Pohénégamook c'est une question qui revient régulièrement. Juste pour vous dire, je ne veux pas qu'ils aient des craintes, je veux juste leur dire que, comme ministre, moi, je veux qu'ils aient les meilleurs services, et, si ça prend une urgence de 24 heures, on regardera comment faire pour la soutenir, mais à la fin je ne suis pas certain que c'est la meilleure décision pour la communauté. Mais on va les laisser travailler là-dessus.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Kamouraska-Témiscouata.

M. Simard (Kamouraska-Témiscouata): Je veux quand même vous souligner, M. le ministre, qu'il y a un 50 kilomètres comme il faut, avec une route assez tortueuse, entre les gens de Pohénégamook et se rendre à Notre-Dame-du-Lac, hein? Ce n'est pas comme dans un territoire urbain où il y a plusieurs établissements.

M. Bolduc: Oui. Puis je vais vous donner l'exemple.

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

M. Bolduc: Si vous... Si vous demeurez à... à... si vous demeurez à Métabetchouan... Bon, l'autre fois j'ai donné l'exemple, puis, juste en passant...

M. Simard (Kamouraska-Témiscouata): Je ne sais pas pourquoi...

M. Bolduc: ...quand j'ai donné l'exemple, là, je n'ai pas pensé que vous veniez de Métabetchouan, là, mais c'est l'exemple que je connais le plus facilement. Quand vous partez de Métabetchouan et vous allez à Alma, vous avez, encore là, une distance de 25 à 30 minutes. Et vous avez des secteurs également de... de Péribonka... si vous allez dans le secteur de Péribonka, entre Dolbeau et Alma, c'est également des grandes distances. Il n'y a pas d'hôpital, il n'y a pas d'urgence dans ces endroits-là, et, au contraire, les gens vont consulter le plus rapidement possible, soit.. soit à Dolbeau ou soit à Alma.

Mais, comme je vous dis, je veux maintenir les services le plus possible. Mais ce n'est pas une question de coupures administratives, c'est une question d'organisation de services.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, M. le député de Berthier.

M. Villeneuve: Merci, M. le Président. Et je veux m'assurer que tout le monde est bien assis sur sa chaise, parce que les chiffres que je vais vous donner, M. le Président, sont vertigineux. En 2003 — et là je vous amène dans la belle région de Joliette, où est-ce qu'il y a un hôpital, donc le CHRDL du Nord de Lanaudière — en 2003, pour les personnes qui attendaient sur une civière plus de 48 heures, ils étaient 169. En 2008, on est passés à 1 414 personnes qui attendent sur une civière plus de 48 heures, 1 414 personnes. En 2008-2009, l'arrivée du ministre, on monte à 1 450. En 2009-2010, on monte à 2 897 personnes. Tout le monde est bien assis, là?

Et là, M. le ministre, les gens de Lanaudière nous écoutent, et soyez assuré qu'on va diffuser votre réponse: Qu'est-ce que vous allez faire pour corriger cette situation-là? Et ce n'est pas des mesurètes qui vont y arriver, ce n'est pas une simple réorganisation du travail qui va y arriver, il va falloir qu'il y ait des mesures costaudes qui soient mises en place rapidement, et je vous dirais: Demain matin, vous devez faire quelque chose. Qu'est-ce que vous allez faire pour corriger cette situation-là?

Je vous rappelle que, sur les 2 897 personnes qui attendent... Et la situation pour 2011 n'est pas... n'est pas mieux, elle est pire, elle empire encore, là. Alors, il y a des humains derrière ces chiffres-là que je viens de donner là. Il y a des personnes qui souffrent. Il n'y a pas personne ici qui accepterait une situation comme ça chez eux, personne. Alors, les gens de Lanaudière, ils attendent une réponse, M. le ministre. Qu'est-ce que vous allez faire demain matin pour corriger cette honte nationale?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Berthier. Les règles sont les mêmes pour tous les parlementaires, et je vais vous inviter, dans la mesure du possible, d'adresser vos questions à la présidence, c'est toujours mieux. Sinon, le ton peut monter, et on ne veut pas que le ton monte. M. le ministre, vous avez la parole.

M. Bolduc: M. le Président, le député de Berthier, s'il attend que j'agisse demain, il est en retard. Ça fait déjà des semaines qu'on travaille — et des mois — qu'on travaille avec l'hôpital du nord de Lanaudière, l'hôpital de Joliette. Si vous voulez appeler Marie Beauchamp, qui est la directrice générale de l'établissement... J'ai eu des conversations régulières avec elle. D'ailleurs, j'ai travaillé

beaucoup avec eux autres pour qu'on ouvre des ressources intermédiaires, qui sont en train de s'ouvrir actuellement, que j'ai autorisées il y a plusieurs mois.

Le député de Berthier, c'est dommage parce qu'il est en retard, parce que ça fait déjà un an qu'on travaille avec l'établissement, et on est conscients que la situation à Joliette est difficile, mais ça passe, un, par la réorganisation du travail, mais surtout par l'ouverture des ressources intermédiaires, qui est en train de se faire actuellement, par une meilleure gestion au niveau des personnes âgées, par la réorganisation, comme ils sont en train de faire actuellement... parce que j'ai des équipes du ministère qui m'ont fait rapport, qui sont allées travailler avec l'équipe de Joliette, l'équipe du nord de Lanaudière, pour la réorganisation au niveau des services à domicile. Ça fait que c'est plein de mesures qu'on rencontre. J'ai rencontré l'établissement à quelques reprises, avec lequel on a travaillé, on a regardé tout ce qui devait se faire au niveau de l'établissement. On a regardé au niveau de l'organisation des personnes âgées, du fonctionnement de l'urgence. Actuellement, il y a une nouvelle directrice des services hospitaliers qui travaille avec l'établissement.

Je peux vous dire que ça fait déjà plusieurs mois qu'on travaille avec eux autres, il y a une augmentation de volume, et je pense qu'il faut le reconnaître: depuis 2003, c'est une augmentation extrêmement significative des gens qui consultent à l'urgence, tout simplement parce que c'est une population qui est vieillissante, c'est une population qui est en augmentation au niveau démographique.

Ça fait que je peux dire au député de Berthier... puis ce que je vais lui demander: je pense qu'il devrait parler avec la directrice générale de l'établissement, parler également avec les gens que j'ai rencontrés récemment, parce que je suis allé faire une demi-journée complète dans l'établissement. Je me souviens bien, c'était un samedi après-midi qu'on est allés revisiter l'établissement, regarder avec eux autres leur plan de match, revoir qu'est-ce qu'il est possible de faire. Et, oui, on a fait des investissements. Puis, renseignez-vous, on est en train d'ouvrir des ressources intermédiaires dans le secteur de Joliette, et ça se fait. D'ailleurs, si ça avait été de moi, ça fait longtemps qu'on les aurait ouverts, mais ça prend un certain temps, ça prend des mois avant de développer les nouvelles ressources.

Ça fait que je remercie le député de Berthier de m'avoir permis d'expliquer à la population de Joliette tout le travail qu'on fait avec eux autres. Ils peuvent être certains qu'on s'en occupe. En passant, également, j'avais déjà été visiteur pour le Conseil canadien de l'agrément et j'avais fait l'évaluation, une semaine complète, de Joliette, que je connais très bien.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Berthier.

M. Villeneuve: Oui. Écoutez, M. le Président, ce n'est pas très rassurant. Ça fait des mois que le ministre travaille là-dessus, et la situation empire. Alors, je pense que les gens de Lanaudière jugeront M. le ministre aux résultats et à la très, très, très difficile situation que vivent nos gens présentement en attente de plus de 48 heures sur une civière.

M. Bolduc: Bien, je peux répondre à ça.

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

M. Bolduc: Comment est-ce que vous voulez... D'ailleurs...

M. Villeneuve: Je n'ai pas besoin de réponse.

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

M. Bolduc: D'ailleurs, je pense que la population de Joliette peut reconnaître que nous sommes, depuis au moins deux ans, le gouvernement qui a investi le plus dans la région de Joliette en termes de développement des ressources. Et, quand on parle de rapatriement des budgets, il faut parler aussi de rapatriement des services, et j'aimerais que le député de Berthier se renseigne à l'établissement, tout le travail qui a été fait. Et surtout il ne faudrait pas que lui-même ait un désaveu face à l'organisation des services, face aux médecins, face au personnel qui travaille à Joliette. Et, je peux vous dire, ce sont des gens dévoués, pour les avoir rencontrés à plusieurs reprises.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant céder la parole à M. le député de Labelle.

M. Pagé: Merci, M. le Président. M. le ministre, les gens de votre équipe, chers collègues, je salue ici tous les gens qui sont autour de vous, je sais que ce sont des gens très dévoués, je les salue.

M. le ministre, je suis convaincu que vous savez de quoi je vais vous parler. Aussitôt que vous êtes arrivé en poste, on s'en est parlé, cette fameuse inéquité interrégionale en santé. Quand je suis arrivé, moi, en 2001, il y avait déjà un comité des impatients qui travaillait sur ce dossier-là dans la région des Laurentides. On avait fini par accepter, au ministère, qu'il y avait effectivement une inéquité à l'égard de certaines régions. On avait identifié que, pour les Laurentides, c'était 36 millions, le manque à gagner. Le ministre, à l'époque, sous notre gouverne, avait présenté un plan de match sur trois ans; 2002, on était passé de 36 à 31; en 2003, on devait passer à 16, ensuite à zéro. On avait un plan de match, on avait des chiffres précis.

Quand votre prédécesseur est arrivé, en 2003, je l'ai rencontré rapidement, comme je l'ai fait avec vous. M. Couillard m'avait dit: M. Pagé, on est pas mal d'accord avec vos chiffres, là; donnez-moi cinq ans, et on va avoir résorbé l'inéquité. Quand il est parti, l'inéquité était rendue à près de 50 millions. Quand vous êtes arrivé, l'inéquité, en 2009-2010, était rendue à 66 millions. Alors, on est passés de 31, on est remonté jusqu'à 66. Vous allez me dire qu'il y a eu des efforts en cours de route. Oui, il y en a eu, mais l'augmentation de la population et les conditions socio-économiques font en sorte que... les conditions dans les Laurentides... Si vous êtes citoyen des Laurentides, vous allez être plus... moins bien traité que n'importe quel autre citoyen à travers le Québec. C'est la même chose dans Lanaudière, j'en conviens.

Quand on s'est rencontrés, le 7 octobre 2009, après votre arrivée, en compagnie de la ministre régionale, on vous avait posé la question: Quel est l'échéancier que vous nous donnez? Mais, après certaines hésitations, vous nous aviez dit: De trois à cinq ans. Ce sont vos chiffres. Nous avions réécrit pour vous remercier. Depuis ce moment-là,

on est passés de 66 à 57. Cette année, on n'a pas encore la ventilation. J'aimerais connaître la ventilation et j'aimerais surtout que vous me confirmiez que... on aura deux ans de faits depuis cet engagement-là, si on se reporte de trois à cinq ans, il en reste trois autres pour rétablir l'inéquité à zéro. Est-ce que je peux avoir votre engagement ce soir qu'on va continuer et qu'on va se rendre à zéro sur les cinq ans?

● (21 h 20) ●

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

M. Bolduc: On ne parle pas d'engagement puis on ne parle pas d'échéancier, mais je peux vous dire où est-ce qu'on en est rendu. Et, comme de fait, on a investi... vous êtes au courant qu'on a inauguré le centre de Saint-Eustache, et avec Saint-Eustache vient également un budget récurrent pour la région des Laurentides, de façon, ça va corriger en partie l'inéquité. Également, vous avez vu que j'ai annoncé récemment les nouveaux effectifs médicaux, qu'on donne beaucoup plus de postes à la région des Laurentides, dans Lanaudière, Laval et de la Montérégie, que le reste du Québec, et on va corriger les inéquités par rapport à ça.

Juste pour vous donner un exemple: dans les Laurentides, ce qui va intéresser votre comté, c'est qu'on veut développer l'ophtalmologie à Saint-Eustache... pas à Saint-Eustache... à Saint-Eustache pour trois postes, mais également à Sainte-Agathe pour deux postes, pour permettre à votre population d'avoir des services plus près que d'avoir à descendre à Saint-Jérôme. Donc, ça, ça va vous aider.

Également au niveau... très, très, très bientôt, on va vous annoncer les investissements en ressources intermédiaires dans la région des Laurentides, de Lanaudière, et il y a plusieurs, plusieurs millions qui vont aider, encore là, à corriger l'inéquité. On parle de plusieurs, plusieurs millions, ce qui va vous permettre d'avoir le même niveau de ressources intermédiaires que partout au Québec, en termes de normes, c'est-à-dire, la norme de 0,8. De plus, il y a des plans d'investissement pour l'hôpital de Saint-Jérôme, que nous avons rencontré, et également on regarde... et également il y a votre CLSC qui s'en vient très, très, très bientôt.

M. Pagé: Oui. Je comprends tout ça, M. le ministre, puis on voit qu'il y a du rattrapage qui se fait, mais, quand on s'est vus en octobre 2009, vous nous aviez dit: En cinq ans, on va être à zéro. Est-ce que, ce soir, vous pouvez me confirmer que tout ce rattrapage va nous ramener, dans un horizon de cinq ans tel que vous vous étiez engagé, à ramener l'inéquité à zéro?

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

M. Bolduc: D'ici cinq ans, vous devriez, si ce n'est pas à zéro, être près du zéro...

M. Pagé: Bien, il reste trois ans, là.

M. Bolduc: Il reste trois ans, mais déjà, cette année, on va encore donner un grand coup et, l'année prochaine, on regardera, mais il y a également des investissements qui viennent avec un certain temps. Puis je vais vous donner un exemple: quand on est pour... on va investir à Saint-Jérôme, bien ça va prendre quelques années avant qu'on fasse les investissements majeurs. Pour votre CLSC,

votre CLSC qui est à Mont-Laurier, ça, ça devrait se faire très, très, très bientôt; très, très, très bientôt.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Labelle.

M. Pagé: Bien, en fait, ce que j'entends, c'est qu'il y a des efforts qui sont faits, mais je n'entends pas directement que, d'ici les trois années qui restent, on va avoir rétabli cette inéquité.

Le plan de match que vous nous aviez dit que vous étiez pour déposer...

M. Bolduc: Oui...

M. Pagé: ...il n'est toujours pas déposé. Et avez-vous une idée, cette année, on va passer... on est encore à 57 millions, là, d'inéquité. On était à 31 en 2003, là. Alors, les efforts qui avaient été promis n'ont pas été livrés. Moi, je voudrais un engagement ferme ce soir... Parce qu'on en parle ici ce soir, là, mais, sur le terrain, là, c'est grave, c'est des gens qui attendent pour plusieurs services, que ça soit en santé physique, en santé mentale, en santé publique. Juste en santé mentale, là, le manque à gagner l'année dernière, c'était de 14 millions. Donc, c'est plein de gens, là, qui n'ont pas le support qu'ils devraient avoir. C'est la même chose pour la déficience intellectuelle, les troubles d'envahissement, les déficiences physiques, etc. Dans les 10 programmes qui sont ventilés, nous sommes en arrière partout. C'est inacceptable que, quand on est citoyens des Laurentides ou de Lanaudière, on soit traités inégalement par rapport aux autres citoyens du Québec.

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

M. Bolduc: On veut d'abord rapprocher les services le plus près possible des gens. Par contre, dans l'inéquité, il y a une partie des citoyens qui vont se faire traiter à Montréal qu'on veut récupérer dans votre région. Donc, c'est à moitié vrai de dire qu'ils ne reçoivent pas les services, parce que, comme de fait, quand on mesure, il y a plusieurs citoyens de la région des Laurentides qui vont chercher leurs services à Montréal. Et, si on ramène les services dans la région des Laurentides, à ce moment-là, on va corriger l'inéquité, mais ça ne veut pas dire que les citoyens ne reçoivent pas une grande partie des services.

Également, en termes d'investissements, on va y aller par la preuve par l'action. Autant on a inauguré l'hôpital de Saint-Eustache avec un budget supplémentaire, autant, bientôt, on va annoncer nos investissements majeurs en ressources intermédiaires et au niveau des personnes âgées, et on va voir à corriger l'inéquité. Quand je vous avais rencontré, on parlait d'une période de trois à cinq ans.

M. Pagé: Oui.

M. Bolduc: C'est raisonnable, excepté qu'il n'y a pas d'engagement à faire, comme... En tout cas, je pense que ce qui est important surtout, c'est qu'on veut agir le plus rapidement possible et donner à la région des Laurentides tous les services nécessaires pour qu'ils donnent des bons soins à leur population.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Labelle.

M. Pagé: Bien, écoutez, juste un autre fait, là, pour faire la démonstration encore une fois que les citoyens, dans la région des Laurentides, sont traités plus inégalement. Les temps d'attente à l'urgence de Saint-Jérôme, entre autres, là, se sont détériorés. En 2003 à aujourd'hui, c'est 93 % plus de temps d'attente. C'est ça que ça veut dire aussi d'être citoyens dans la région des Laurentides, et c'est un cri du coeur qu'on vous lance, que la population vous lance.

Je vous rappellerai, M. le ministre, je ne sais pas si vous êtes informé, la CRE de la région des Laurentides s'est voté un budget pour se payer des consultants pour documenter le dossier, mobiliser la population. Ce sont l'ensemble des maires, maintenant, qui veulent venir voir pour vous dire: Ça n'a plus de bon sens, il faut faire quelque chose. Alors, j'espère que vous allez entendre ce cri du coeur.

M. Bolduc: J'entends, puis en plus de ça...

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

M. Bolduc: ...en plus de ça, les chiffres que je possède confirmer qu'il y a une inéquité à corriger, que nous sommes en train de corriger. Par contre, pour vos chiffres de Saint-Jérôme, je peux vous dire que, depuis à peu près cinq mois... Puis j'ai appelé d'ailleurs le directeur général de Saint-Jérôme pour le féliciter, c'est que le fonctionnement de l'urgence de Saint-Jérôme va mieux, depuis environ quatre mois, qu'elle ne l'a été depuis les trois ou quatre dernières années en termes de pourcentage de 24 heures, pourcentage de 48 heures. Et j'ai appelé François Therrien, le directeur général, pour le féliciter parce que je pense qu'il fait un excellent travail avec son équipe.

Le Président (M. Sklavounos): Il reste encore...

M. Pagé: Bien, quelques secondes pour vous dire...

Le Président (M. Sklavounos): ...40 secondes. Allez-y.

M. Pagé: ..je vous remercie d'être sympathique à notre cause, mais ce que les gens veulent entendre, c'est du concret, c'est de savoir que, cette année, là, quand on va avoir la ventilation, fin mai, début juin, là, qu'il va y avoir des gestes concrets qui sont véritablement posés. Et, quand je vais revenir, l'année prochaine, vous reposer la question, j'espère que je pourrai vous féliciter parce que les gestes auront été concrets. Parce que, jusqu'à maintenant, on entend beaucoup de choses qui se disent, mais concrètement, sur le terrain, là, les gens attendent encore beaucoup trop, et c'est partout, c'est dans tous les programmes.

Le Président (M. Sklavounos): À droite... M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. C'est juste pour dire... en tout cas, si on s'en fie à la couverture des journaux, pour le nombre de fois que je suis allé faire des annonces, des inaugurations, je pense que la population sait parfaitement qu'on est très présents dans votre région, et on va continuer à vous supporter. Je suis content que vous me trouviez sympathique; moi également, je vous trouve très sympathique.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Sur cette note positive, je vais maintenant tourner à Mme la députée de Hull. Vous avez sept minutes, Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Oui. Bon, alors, ce sera nous qui aurons le mot de la fin, M. le ministre. Je veux parler, moi, de choses très concrètes: justement de santé publique. On n'en a pas parlé beaucoup, on a beaucoup parlé du réseau, les établissements, mais on fait beaucoup de la prévention aussi au Québec, puis ça, ça coûte beaucoup d'argent. Il y a beaucoup d'argent qui est investi dans ces programmes puis on n'en entend malheureusement pas beaucoup parler. On prend ça pour acquis, on se dit: Le ministère va s'en occuper puis... c'est comme ça. Ce n'est pas miraculeux, là, je veux dire, il y a toute une équipe de santé publique qui est déployée dans toutes les agences de la santé et des services sociaux au Québec.. dans toutes les agences.

Puis on a un programme, qui est très important, d'immunisation. On a vu, l'année dernière, avec toute cette pandémie de grippe H1N1, on a vraiment déployé l'artillerie lourde pour contrer ce phénomène, puis je pense que ça a très, très bien fonctionné. D'ailleurs, notre ami le député de La Peltre faisait référence à des vaccins qu'on avait en surplus, et tout ça, puis il se demandait ce qu'on avait fait... Parce qu'on avait fait les bons choix, on avait tout mis en oeuvre pour pouvoir contrer... prévenir un nombre d'hospitalisations puis même de décès. Puis je pense qu'on peut crier Mission accomplie! On peut affirmer ça.

Puis on a même vu une belle mobilisation du personnel de toutes les régions, le personnel... même des retraités, des infirmières retraitées qui se sont donné le mot d'ordre pour venir donner... prêter main forte aux gens du réseau. Alors, ça, pour moi, c'était une belle preuve que notre réseau fonctionne puis que les gens l'ont à coeur, le personnel... Et les citoyens ont pu compter sur leur ministre de la Santé pour pouvoir... pour pouvoir mener à bien ce programme d'immunisation.

Je sais que le Québec administre 2,5 millions de dollars dans ce programme, ça fait que j'aimerais ça, M. le Président, savoir un peu, là, H1N1, elle est pas mal derrière nous, mais c'est... en quoi consiste ce fameux programme de vaccination au Québec, là, et qu'est-ce qu'on fait concrètement jour après jour dans le réseau.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Je demanderais au Dr Horacio Arruda de venir nous expliquer ça. Je tiens à rappeler: Dr Arruda a été un joueur majeur lors de la crise du A (H1N1), qui a d'ailleurs fait de lui une vedette de cinéma dans un reportage à la James Bond.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Sklavounos): Avec le consentement des parlementaires pour avoir le Dr Arruda, des deux côtés. Mme la députée de Taschereau également, j'ai le consentement?

Mme Maltais: Oui, bien... Ah oui!

Le Président (M. Sklavounos): Dr Arruda...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Sklavounos): Dr Arruda, malgré vos nombreux fans — vous êtes bien connu — il va falloir que vous vous présentiez pour les fins de la transcription, et par la suite vous aurez la parole pour répondre à la question. Allez-y.

● (21 h 30) ●

M. Arruda (Horacio): Bonjour, M. le Président. Mon nom est Horacio Arruda. Je suis le directeur de la protection de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Oui, il y a... Écoutez, la vaccination, c'est un des actes préventifs les plus importants, et heureusement, même parmi nos salaires... c'est quand on voit les taux de maladie chuter et quand des parents ne... pas qu'ils sont à Sainte-Justine parce qu'ils vont avoir été vaccinés. Donc, dans le fond, il faut comprendre que la vaccination est un outil des plus efficace qu'on utilise de façon importante au Québec, notamment dans le programme de vaccination de base, là, qui vaccine les enfants contre les maladies les plus à risque.

Puis aussi, auprès de certaines populations, on a, bien entendu, là, si on veut parler de la grippe, le programme annuel de vaccination contre la grippe qui a comme objectif, au Québec, d'éviter les complications de la grippe chez les personnes âgées et les tout-petits, notamment les enfants de six mois à 23 mois, et les gens en haut de 60 ans, et les gens qui ont des maladies chroniques, etc. C'est un programme qui coûte... On donne environ autour de 2 millions de doses, 2,5 millions de doses par année au Québec. Ça coûte autour de 10 millions.

Le vaccin est acheté dans le cadre d'un contrat fédéral pour l'ensemble du Canada, et on le distribue de façon publique à des groupes cibles particuliers, en plus du vaccin à pneumocoques. Donc, on sait très bien que c'est un vaccin qui, même s'il peut dans certaines situations ne pas éviter la grippe, va diminuer le nombre de complications, le taux d'hospitalisation. Et c'est pour ça que, dès novembre, on active le programme, pour protéger les gens avant le fameux pic de la grippe, qui apparaît autour de janvier dernier.

Donc, on fait de la promotion. On a des taux de couverture vaccinale qui sont assez élevés dans les centres d'accueil pour personnes âgées, les CHSLD. Dans la population en général, on n'obtient pas toujours les taux qu'on voudrait; il faut faire beaucoup de promotion — et les travailleurs de la santé aussi. Et, bien entendu, le vaccin est donné chez les jeunes, plus récemment. Donc, il faut aussi éduquer les parents, qui, bien entendu, ont des préoccupations, parce qu'il y a beaucoup d'aiguilles qu'on donne aux enfants quand on les pique, là, mais on essaie de plus en plus de faire comprendre les bénéfices.

C'est un travail continu de promotion, parce qu'on sait qu'il y a des groupes antivaccinaux qui émettent... on a les systèmes de surveillance, on a les programmes, aussi, avec des doses moindres, au Québec, dont on a fait les études spécifiques pour donner moins de doses pour obtenir le même effet. Donc, on a des calendriers, ce qu'on appelle des fois un peu modifiés. On investit dans la recherche, qui est indépendante des compagnies pharmaceutiques. On fait de l'évaluation de ces programmes-là,

puis on suit les taux de couverture vaccinale de la population.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Hull, il reste 1 min 30 s, si vous avez une question complémentaire rapide.

Mme Gaudreault: Je voulais savoir quel est le taux de vaccination chez nos aînés? Parce qu'on sait que c'est une clientèle à risque, surtout en période hivernale, vous l'avez mentionné. Mais est-ce que les gens se déplacent ou c'est vous qui allez dans les résidences? Comment est-ce que vous déployez...

M. Arruda (Horacio): Bon, le...

Mme Gaudreault: ...la vaccination pour les aînés?

Le Président (M. Sklavounos): En une minute, Dr Arruda. Une minute.

M. Arruda (Horacio): Pardon?

Mme Gaudreault: Une minute.

M. Arruda (Horacio): Oui, rapidement. La vaccination est offerte gratuitement aux personnes âgées soit chez leur médecin traitant qui participe à la vaccination contre la grippe, ou les CLSC vont faire, par exemple certaines opérations dans les centres d'achats, ce qu'on appelle les cliniques de masse. Ils vont se déplacer dans certaines résidences si le volume est adéquat. D'ailleurs, le ministère finance ces projets spéciaux là pour qu'il y ait un accès plus facile aux personnes âgées. Donc, dans les centres d'accueil, le vaccin est disponible pour les patients qui demeurent à l'hôpital, mais il y a des approches auprès des personnes âgées, auprès des clubs d'âge d'or, pour faire des journées de vaccination où le CLSC va se déplacer.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, sur ce, il ne me reste qu'à dire... que de dire merci à tous les parlementaires, à M. le ministre, à tous les gens qui l'accompagnent, à tout le personnel de la commission et de l'Assemblée et d'ajourner la Commission de la santé et des services sociaux à demain, mercredi 13 avril, après les affaires courantes, soit vers 11 heures, dans cette même salle, afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2011-2012. Merci, et bonne soirée tout le monde!

(Fin de la séance à 21 h 34)