



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le lundi 20 avril 2009 — Vol. 41 N° 11**

Étude des crédits du ministère de la Santé et  
des Services sociaux (1): volet Santé

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

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| Débats de l'Assemblée                                              | 145,00 \$ |
| Débats des commissions parlementaires                              | 500,00 \$ |
| Pour une commission en particulier:                                |           |
| Commission de l'administration publique                            | 75,00 \$  |
| Commission des affaires sociales                                   | 75,00 \$  |
| Commission de l'agriculture, des pêcheries<br>et de l'alimentation | 25,00 \$  |
| Commission de l'aménagement du territoire                          | 100,00 \$ |
| Commission de l'Assemblée nationale                                | 5,00 \$   |
| Commission de la culture                                           | 25,00 \$  |
| Commission de l'économie et du travail                             | 100,00 \$ |
| Commission de l'éducation                                          | 75,00 \$  |
| Commission des finances publiques                                  | 75,00 \$  |
| Commission des institutions                                        | 100,00 \$ |
| Commission des transports et de l'environnement                    | 100,00 \$ |
| Index (une session, Assemblée et commissions)                      | 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 sur Internet à l'adresse suivante:  
**[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)**

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente des affaires sociales

Le lundi 20 avril 2009 — Vol. 41 N° 11

### Table des matières

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Santé                                                                                          |    |
| Remarques préliminaires                                                                        | 1  |
| M. Yves Bolduc                                                                                 | 1  |
| M. Bernard Drainville                                                                          | 3  |
| M. Éric Caire                                                                                  | 4  |
| Discussion générale                                                                            | 5  |
| Prévisions budgétaires                                                                         | 5  |
| Équilibre budgétaire                                                                           | 8  |
| Priorités budgétaires                                                                          | 8  |
| Centre intégré de cancérologie à l'Hôpital Charles-Le Moyne, en Montérégie                     | 9  |
| Rénovation de l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à Québec                               | 10 |
| Services de première ligne                                                                     | 11 |
| Contrôle des dépenses de programmes                                                            | 12 |
| Accès à un médecin de famille                                                                  | 16 |
| Suites données aux recommandations du Groupe de travail sur le financement du système de santé | 17 |
| Délai d'attente pour une chirurgie                                                             | 19 |
| État de la situation dans le traitement du cancer                                              | 19 |
| Éventail de l'offre des services de santé                                                      | 20 |
| Tarification de services de santé                                                              | 22 |
| Facturation des frais accessoires                                                              | 22 |
| Réforme des structures administratives                                                         | 23 |
| Mise en oeuvre du plan d'action en santé mentale                                               | 24 |
| Mesures de prévention du suicide                                                               | 25 |
| Évaluation de la performance des centres de santé et de services sociaux                       | 25 |
| Budget des centres locaux de services communautaires                                           | 26 |
| Informatisation du réseau                                                                      | 26 |
| Réseau intégré de télécommunications multimédia                                                | 27 |
| Ventilation des investissements en infrastructures                                             | 28 |
| Exode des médecins                                                                             | 31 |
| État de la situation dans les salles d'urgence                                                 | 33 |

### Autres intervenants

Mme Johanne Gonthier, présidente suppléante  
M. Henri-François Gauthier, président suppléant

Mme Filomena Rotiroti  
M. Germain Chevarie  
M. Gilles Lehouillier  
Mme Danielle St-Amand

- \* M. John Gauvreau, ministère de la Santé et des Services sociaux
- \* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le lundi 20 avril 2009 — Vol. 41 N° 11

**Étude des crédits du ministère de la Santé  
et des Services sociaux (1): volet Santé***(Quatorze heures une minute)***M. Yves Bolduc**

**La Présidente (Mme Gonthier):** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Je déclare la séance de la Commission des affaires sociales ouverte.

La commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du portefeuille Santé et Services Sociaux pour l'année financière 2009-2010. Une enveloppe totale de 15 heures a été allouée pour l'étude de ce volet.

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

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. M. Gautrin (Verdun) remplace M. Sklavounos (Laurier-Dorion) et M. Drainville (Marie-Victorin) remplace Mme Lapointe (Crémazie).

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci. Alors, je vous propose de procéder selon une discussion d'ordre général sur l'ensemble des programmes relatifs au volet Santé et de répartir les interventions en blocs de 20 minutes comprenant les questions et les réponses. Je vous propose également de mettre aux voix le programme 4, intitulé Régie de l'assurance maladie du Québec, à la fin de l'enveloppe de temps allouée au volet Santé, soit le 23 avril en avant-midi, et de mettre aux voix les autres programmes du portefeuille Santé et Services Sociaux à la fin de l'enveloppe de temps allouée à l'étude du volet Services sociaux, soit le 23 avril en après-midi. Est-ce qu'il y a consentement pour procéder de cette manière? Consentement. Merci.

Alors, la répartition des temps de parole se fera selon l'entente intervenue, soit 50 % du temps par le groupe parlementaire formant le gouvernement et 50 % par l'opposition, divisé ainsi: 38 % pour l'opposition officielle, 10 % pour le représentant de l'ADQ et 2 % pour le représentant de Québec solidaire. Je vous avise dès maintenant que j'exercerai une vigilance afin que le temps utilisé entre les questions et les réponses soit équilibré de façon à favoriser les échanges. Je vous invite donc à poser de courtes questions et à fournir des réponses tout aussi brèves.

**Santé****Remarques préliminaires**

Alors, nous allons débiter par les remarques préliminaires. Conformément à l'entente intervenue, les remarques préliminaires seront d'une durée maximale de 15 minutes pour chaque groupe parlementaire et de cinq minutes pour le député représentant l'Action démocratique du Québec.

M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, à vous la parole avec les remarques préliminaires.

**M. Bolduc:** Merci, Mme la Présidente. Chers collègues, membres de la commission, permettez-moi d'abord de vous présenter les personnes qui m'accompagnent cet après-midi: M. Vincent Lehoullier, directeur du cabinet; Mme Louise Bédard, conseillère spéciale; M. François William Simard, attaché politique; M. Jacques Cotton, sous-ministre en titre du ministère; Mme Lise Verrault, sous-ministre adjointe à la Coordination, financement, immobilisations et budget; M. Denis Lalumière, sous-ministre adjoint à la Planification stratégique, l'évaluation et la qualité; Dr Alain Poirier, sous-ministre adjoint à la Santé publique; Mme Marie-Josée Guérette, sous-ministre adjointe aux Services sociaux; M. Michel Delamarre, sous-ministre adjoint au Personnel réseau et ministériel; M. Bernard Lefrançois, sous-ministre adjoint aux Technologies de l'information; Dr Michel Bureau, directeur général des services de santé et médecine universitaire; M. Daniel Gaudreau, directeur des communications du ministère; M. Jean-Marc Tardif, secrétaire général du ministère; Mme Diane Verret, responsable du Secrétariat administratif; Dr André Simard, directeur général du Bureau du Dossier de santé du Québec; M. Philippe Moss, directeur des services financiers et d'affaires du Bureau du Dossier de santé du Québec; M. Claude Gilbert, vice-président aux affaires juridiques et secrétaire général de la Corporation d'hébergement du Québec; M. Guy Paquin, vice-président aux immobilisations de la Corporation d'hébergement du Québec.

L'étude détaillée des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux est pour moi une première, comme c'est le cas d'ailleurs pour certains des membres de la commission. Par contre, il en va tout autrement pour les deux critiques très expérimentés que sont les députés de Marie-Victorin et de La Peltre, que je salue de façon toute particulière.

Je veux aborder ces travaux avec tout le sérieux qui s'impose et avec la plus grande rigueur. Cet élément du cycle budgétaire et parlementaire se rattache à la sphère de l'évaluation, de l'imputabilité, de la reddition de comptes et de la rétroaction. Ce sont pour moi des processus absolument indissociables des mécanismes de la décision et de l'action. C'est une approche que j'ai préconisée dans toutes les fonctions administratives que j'ai occupées au fil des années et sur laquelle j'insiste beaucoup depuis plusieurs... depuis ma nomination comme ministre.

Au cours des quelques jours que va durer l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, nous aurons l'occasion aussi bien d'examiner les grands choix stratégiques du gouvernement que de nous pencher sur les dépenses fines dans tel ou tel programme du ministère. Soyez assurés que, si d'aventure une réponse ne peut être fournie sur-le-champ, nous la trouverons rapidement pour que, comme il se doit, les députés soient bien informés sur les enjeux qui nous intéressent tous.

Cet exercice revêt une importance particulière pour le portefeuille de la Santé et des Services sociaux étant donné l'ampleur des sommes allouées. Comme ma collègue la présidente du Conseil du trésor l'a annoncé le 19 mars dernier, les crédits budgétaires, dans ce secteur d'activité, s'établissent cette année à près de 26,9 milliards de dollars, soit environ 5,7 % de plus qu'en 2008-2009. Cette somme est allouée à plus de 98 % à deux grands programmes: celui des fonctions régionales, qui comprend, entre autres, les budgets de tous nos établissements, et celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui englobe notamment les services médicaux et pharmaceutiques. Les deux autres programmes, celui des fonctions nationales et celui de l'Office des personnes handicapées du Québec, comptent ensemble pour environ 1,8 % des crédits budgétaires de la Santé et des Services sociaux.

Ce budget de 26,9 milliards de dollars représente environ 45 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec. Si nous en sommes rendus à une proportion aussi élevée, c'est, d'une part, parce que les dépenses en santé augmentent plus vite que le taux général d'inflation et, d'autre part, parce que nous avons fait le choix délibéré de réinvestir en santé à titre prioritaire au cours des six dernières années. Je rappelle que 9 milliards de dollars ont été ajoutés en santé depuis 2003, pour une croissance moyenne de 6 % par année. C'est beaucoup plus que les 4 % enregistrés de 1995 à 2003.

Cette année, les crédits augmentent de 1 455 000 000 \$ par rapport aux dépenses de l'an dernier. Les hausses de rémunération accordées au personnel du réseau et aux professionnels de la santé ainsi que la variation des contributions de l'employeur aux régimes de retraite comptent pour 58 % de la croissance totale, soit 840 millions de dollars.

Nous continuons à financer l'augmentation des coûts de système, qui correspond à la tendance à la hausse des dépenses. Comme toujours, nous avons prévu une somme pour couvrir les coûts de système spécifiques à la santé, par exemple la hausse du coût des médicaments en établissement ou encore les effets du vieillissement de la population. Un montant de 25 millions de dollars est également disponible pour assurer le fonctionnement des nouvelles installations et du nouvel équipement à mesure qu'ils entrent en fonction.

● (14 h 10) ●

J'en arrive maintenant aux crédits de développement, qui s'établissent à 52 millions de dollars sur une base annualisée. Ces sommes vont permettre d'améliorer directement l'accessibilité des soins et des services pour le bénéfice de nos concitoyens de toutes les régions du Québec. Sur ces 52 millions de dollars, et toujours sur une base annualisée, 35 sont alloués au domaine de la déficience physique, de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement. Ce champ d'activité sera examiné ici, en commission, à compter de demain, avec la participation de ma collègue la ministre déléguée aux Services sociaux. Je ne voudrais pas empiéter sur sa propre intervention et je dirai simplement que toute dépense dans le domaine social a nécessairement des répercussions positives sur la santé de la population. La santé, ce n'est pas seulement affaire de métabolisme. Il ne faut jamais oublier que l'environnement social est aussi en cause, et de façon déterminante.

Un autre facteur favorable à la santé en général, c'est le travail qui se fait en prévention et en promotion de la santé, qui demeure pour nous une priorité. Des gestes importants ont été posés au cours des dernières années, notamment dans le cadre du plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids. De telles actions fonctionnent bien, comme le prouvent les progrès réalisés depuis 10 ans dans un domaine similaire, celui de la lutte contre le tabagisme. Il est possible de modifier les attitudes et les comportements des gens en les associant à l'amélioration de leur propre qualité de vie.

Dans un autre domaine d'intervention de premier plan, une somme supplémentaire de 14 millions est prévue cette année pour le renforcement de la première ligne de soins, essentiellement en médecine de famille. Nous en sommes rendus à 193 groupes de médecine de famille dans toutes les régions du Québec, et les accréditations se poursuivent à un bon rythme, avec l'objectif que nous en comptons 300 d'ici quatre ans. Je rappelle que ce modèle d'organisation est basé sur la pratique de groupe, sur le travail interdisciplinaire entre le médecin et l'infirmière ainsi que sur un resserrement des liens entre les médecins en cabinet et en établissement.

Les cliniques-réseaux sont une formule complémentaire aux groupes de médecine de famille et surtout adaptées à un contexte urbain. Nous avons mis en place 35 de ces cliniques-réseaux, et 11 sont en voie d'être constituées. Elles offrent un bon accès aux consultations sans rendez-vous et elles fonctionnent selon des plages étendues à des heures considérées comme défavorables. Les cliniques-réseaux permettent d'apporter une réponse concrète aux besoins des patients non inscrits à un GMF ou orphelins de médecin de famille sans que le seul choix disponible demeure l'urgence.

Les acquis des GMF et des cliniques-réseaux sont solides, mais il faut continuer à réfléchir sur les meilleures façons de dispenser les services de première ligne, de sorte que l'accès à un médecin de famille soit encore amélioré et simplifié. C'est justement pour réfléchir là-dessus, et surtout pour passer à l'action rapidement que j'ai mis en place la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne, qui a tenu sa première réunion vendredi dernier. Lors de cette première rencontre, j'ai insisté sur l'urgence d'agir et la nécessaire mobilisation de tous les acteurs du milieu de la santé pour solutionner le problème de l'accès aux médecins de famille au Québec. J'en fais d'ailleurs une priorité au cours de mon mandat.

Cette table de concertation, qui devait se réunir de nouveau en septembre, a débouché sur la mise en place de trois groupes de travail qui se chargeront de faire avancer rapidement les propositions mises de l'avant vendredi dernier. Les propositions gravitent autour de deux principaux constats: il faut former des médecins de famille en nombre suffisant, et les médecins de famille doivent pouvoir exercer une pratique en première ligne attrayante et valorisante, dans des conditions d'exercice favorables.

Dans le domaine spécifique de la lutte contre le cancer maintenant, nous allons poursuivre nos efforts pour que les personnes atteintes et leurs proches aidants aient accès à des soins et des services de qualité le plus

près possible de leur milieu de vie. Nous intensifierons en particulier le travail pour le cancer colorectal, l'un des plus répandus, à la faveur d'un ajout budgétaire de 2 millions de dollars. Nous allons aussi accentuer nos efforts pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés.

De la fin de 2006 à la fin de 2008, le nombre de personnes en attente depuis plus de six mois a diminué de 66 % pour les chirurgies de la cataracte, de 59 % pour celles de la hanche et de 50 % pour celles du genou. Ce sont les trois interventions pour lesquelles nous avons mis en place un mécanisme d'accès particulier avec deuxième offre, au besoin, un système qui a maintenant fait ses preuves. Je m'attends à des gains importants au cours des prochaines années, aussi bien pour la chirurgie d'un jour que pour celle avec hospitalisation.

Je suis très confiant puisque, dans neuf hôpitaux dont les blocs opératoires ont été visés par le ministère et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, nous avons déjà observé des gains de productivité de l'ordre de 10 %. Par ailleurs, j'ai visité personnellement un certain nombre d'urgences au cours des derniers mois et, encore là, je suis convaincu qu'il existe un important potentiel d'amélioration de la productivité et de l'efficacité.

En conclusion, les crédits présentés cette année vont permettre de poursuivre les efforts des dernières années afin de faire face, de la façon la plus judicieuse possible, à l'augmentation et à l'intensification attendues des besoins dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous devons prendre les devants de façon intelligente et déterminée, plutôt que de simplement réagir à des phénomènes comme le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et l'alourdissement des clientèles.

Voilà l'essentiel des remarques que je voulais formuler cet après-midi en guise d'entrée en matière aux travaux des prochains jours. Je serai naturellement très heureux de répondre aux questions des membres de la commission sur l'un ou l'autre des points que je viens d'aborder ou sur tout autre élément qui se rapporte au volet Santé de nos crédits budgétaires. Merci, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. le ministre. La parole est maintenant au député de Marie-Victorin.

### **M. Bernard Drainville**

**M. Drainville:** Merci, Mme la Présidente. Mme la Présidente, je vais limiter mes remarques préliminaires à quelques minutes seulement parce que je veux me garder le maximum de temps possible pour poser des questions au ministre. De toute façon, ça va faire bientôt deux ans, comme l'a souligné le ministre, que je suis le porte-parole de l'opposition en matière de santé, et je ne voudrais pas répéter ici les prises de position que j'ai déjà formulées antérieurement. Je pense que les gens qui nous écoutent savent qu'au Parti québécois nous sommes très attachés à un système de santé public parce que c'est le meilleur système qui soit, parce que c'est celui qui soigne le mieux et parce que c'est celui qui

coûte le moins cher. Il est aussi garant d'une plus grande justice sociale.

Et, nous, au Parti québécois, on pense que c'est la condition humaine, notre condition humaine qui doit déterminer notre accès aux soins de santé, pas notre condition financière. Les Québécois savent aussi la bataille que le Parti québécois mène pour renforcer le système public de santé, pour limiter le rôle du secteur privé, pour contenir le rôle du privé, pour l'encadrer davantage. Ils savent aussi que nous croyons dans la capacité du secteur public à s'améliorer, à devenir plus efficace, à devenir plus productif, comme d'ailleurs la tournée des blocs opératoires l'a bien démontré avec toutes ces nouvelles chirurgies que nous allons pouvoir réaliser parce que nous avons accepté de changer nos façons de faire, le «nous» étant, bien sûr, celui des artisans du réseau, ceux et celles qui travaillent au sein des blocs opératoires.

J'en profite, Mme la Présidente, pour saluer à nouveau le dévouement et l'extraordinaire résilience des artisans du réseau de la santé, qui travaillent souvent dans des conditions difficiles, stressantes, épuisantes. Je parle non seulement des médecins et des infirmières, mais je parle également des préposés aux bénéficiaires, des brancardiers, des technologues et tous ceux et celles qui travaillent avec eux. Il ne faut pas non plus oublier, Mme la Présidente, le travail des cadres et des gestionnaires, des administrateurs du réseau ainsi que des membres des conseils d'administration, qui font un travail remarquable.

Je tiens à répéter, à réitérer un certain nombre de priorités pour nous du Parti québécois. Je pense que les gens ne seront pas surpris d'apprendre que nous réitérons notre engagement envers l'accès aux médecins de famille. Nous pensons que cet accès n'est pas suffisant actuellement et nous croyons que le gouvernement a manqué à ses devoirs en cette matière. Pas suffisamment de GMF n'ont été créés au cours des six dernières années. Résultat: trop de Québécois se rendent à l'hôpital pour voir un médecin. Ils se rendent à l'urgence pour voir un médecin, alors qu'ils pourraient et devraient se rendre, au sein de leur communauté, en clinique, en GMF, en CLSC.

● (14 h 20) ●

On réitère également, Mme la Présidente, le fait que ces médecins de famille doivent être appuyés par des professionnels et que ces professionnels et les médecins travaillent en équipe pour mieux soigner nos patients, pour faire de la prévention, bref pour renforcer notre première ligne. Ce n'est qu'en renforçant notre première ligne qu'on va pouvoir diminuer l'achalandage aux urgences. Et nous déplorons, Mme la Présidente, on l'a dit lorsque le ministre a annoncé sa décision, mais je pense que c'est important de le réitérer aujourd'hui, nous déplorons, dis-je bien, sa décision d'abandonner ses cibles de réduction de temps d'attente aux urgences. Nous croyons qu'il aurait dû maintenir sa cible, comme le lui demandaient d'ailleurs les professionnels des hôpitaux. Si on veut atteindre nos objectifs, encore faut-il s'en donner, et, quand on ne s'en donne pas, bien, on ne risque pas de les atteindre, justement.

Je réitère également l'engagement de notre formation politique envers la prévention et les saines habitudes de vie. S'il y a une façon qui peut nous

permettre de freiner la croissance des coûts de santé auxquels le ministre fait référence, c'est justement par la prévention, par la prise en main, par la prise en charge, bref par la responsabilisation de nous tous.

Notre rôle, Mme la Présidente, pendant l'étude des crédits, au cours des prochains jours, elle sera... il sera, dis-je bien, notre rôle, de poser des questions au nom de la population. Notre rôle, c'est de demander des comptes au ministre au nom de la population. Bref, notre rôle, c'est de faire notre devoir d'opposition. On ne va pas s'opposer pour s'opposer, on ne va pas critiquer pour critiquer. Nous voulons tout simplement que le gouvernement soit responsable des décisions qu'il a prises et des gestes qu'il a posés.

Nous croyons sincèrement qu'interroger le gouvernement sans complaisance, avec rigueur et avec parfois une certaine insistance peut contribuer à une amélioration du système de santé québécois. C'est notre façon de porter la parole de la population, l'inquiétude du citoyen, la question qu'il se pose et d'amener le gouvernement à faire du problème que nous soulevons... que nous soulèverons, dis-je bien, donc amener le gouvernement à faire du problème que nous soulevons une priorité gouvernementale: faire de notre question le début d'une solution. Nous le ferons, Mme la Présidente, en nous rappelant la volonté commune qui nous unit tous ici, quelque parti que nous appartenions, quelle que soit la fonction que nous occupions, et cette volonté commune qui nous unit, c'est celle de servir nos concitoyens afin que l'expérience québécoise soit la plus heureuse possible et qu'elle soit porteuse de réussite individuelle et collective.

Sur ce, Mme la Présidente, je vous souhaite bon succès, bons travaux. Je vous souhaite bonne chance dans votre rôle. Je souhaite également bonne chance à tous mes collègues députés, et en particulier à vous, M. le ministre, ainsi qu'à toute votre équipe. J'en profite pour réitérer mes félicitations à votre nouveau sous-ministre. Et, bref, je vous souhaite des travaux productifs, qui sont à la hauteur de la confiance que la population a placée en nous. Merci.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. le député de Marie-Victorin. M. le député de La Peltre, la parole est à vous pour cinq minutes.

### M. Éric Caire

**M. Caire:** Merci, Mme la Présidente. Alors, vous me permettrez, d'entrée de jeu, de vous saluer, Mme la Présidente, en même temps que mes collègues députés ministériels, mon collègue de l'opposition officielle, M. le ministre, et saluer le nouveau sous-ministre et lui souhaiter une belle carrière à ce poste-là, qui est crucial pour le ministère de la Santé, dire tout le respect aussi, Mme la Présidente, que j'avais et que j'ai encore pour son prédécesseur, avec qui j'ai eu des échanges fructueux. J'espère qu'on aura l'occasion d'avoir la même qualité d'échange.

Mme la Présidente, réitérer, moi aussi, d'entrée de jeu, ma foi en un système public, un système public fort, un système public capable de remplir sa mission, qui est de soigner les gens, mais ma conviction profonde qu'il ne peut pas y arriver tout seul. Je pense que le

Québec, comme État moderne, doit se mettre à l'heure de tous les États modernes, et ça, ça veut dire s'ouvrir à d'autres façons de faire, permettre au privé de contribuer, parce que le privé peut le faire, contribuer à faire en sorte que notre système de santé soit plus performant.

Et, d'entrée de jeu, dire que je trouve un peu navrant cette tendance que nous avons d'essayer de faire le discours d'opposition entre les tenants du public et les tenants du privé. Je pense que... et je suis convaincu que c'est le cas de mon collègue de Marie-Victorin ainsi que de mes collègues du gouvernement et du ministre de la Santé, ce que nous souhaitons tous, c'est un réseau de la santé qui est là pour les patients, qui n'est pas là pour être public, qui n'est pas là pour être privé, qui est là pour les patients, qui est là pour faire le travail, qui est là pour donner les services, non seulement les services de qualité, mais dans les délais requis. Et, pour moi, c'est clair que cette mission-là implique qu'on s'ouvre à des nouvelles façons de faire, à de nouveaux modèles de gestion, donc qu'on s'ouvre à une mixité de la pratique.

J'ai, dans le passé, eu avec le prédécesseur de l'actuel ministre de la Santé des échanges vigoureux, mais toujours respectueux, et c'est dans cet esprit-là que je débute le travail, et je veux assurer l'actuel ministre de la Santé que j'entends avoir avec lui des débats respectueux, qui pourront être musclés, qui pourront marquer nos différences, nos divergences d'opinions, mais qui seront toujours respectueux du travail qu'il a à faire, qu'il a à accomplir, et tout en accomplissant moi-même mon travail, qui a été souligné par mon collègue de Marie-Victorin, qui est de faire en sorte qu'à travers nous les citoyens du Québec ont l'occasion d'exiger une reddition de comptes du gouvernement.

Et, dans ce sens-là, les remarques préliminaires du ministre de la Santé me laissent un peu sur mon appétit, parce que je pense qu'on a au gouvernement cette tendance à mélanger les moyens et les résultats. Ça fait que, quand le ministre nous dit qu'on a investi dans tel secteur, qu'on a investi dans tel autre secteur, qu'on va investir dans le secteur, pour moi c'est des moyens, pour moi c'est des moyens qui doivent toujours s'accompagner de résultats, et malheureusement on fait beaucoup d'étalage des moyens au gouvernement mais très peu des résultats, pour une raison qui est très simple, c'est que les résultats tardent à venir. Et j'espère que... Mme la Présidente, j'espère que nous aurons, dans nos échanges, l'occasion justement d'analyser, de demander des comptes au ministre sur les résultats qui ont été obtenus par son gouvernement depuis 2003, et surtout, Mme la Présidente, les résultats que lui va s'engager à obtenir auprès de la population du Québec dans les différents domaines de la santé.

Parce que je pense qu'au-delà de tout les Québécois ne se demandent pas prioritairement combien ont été investis pour les soins de première ligne, combien ont été investis pour les urgences. Ce que les Québécois veulent savoir, c'est: Est-ce que j'ai accès à un médecin de famille, oui ou non? Et, quand je vais à l'urgence, combien de temps je vais attendre? Si j'ai besoin d'un médecin spécialiste, dans quel délai je peux obtenir ma consultation? C'est ça qui intéresse les Québécois. Ce qui intéresse les Québécois, c'est: Comment se fait-il qu'il y a un membre de ma famille qui a

été dans un corridor d'urgence pendant 24, 48 heures? Est-ce que c'est normal que ça se passe ainsi? Et je pense que quiconque a à cœur la dignité et le traitement des patients va répondre non et, au premier chef, je pense que le ministre de la Santé, à cette question-là, va répondre non, ou à tout le moins il devrait le faire.

Et c'est dans cette perspective-là, j'espère, que seront orientées les réponses du ministre. Parce qu'il a eu l'occasion récemment...

**La Présidente (Mme Gonthier):** En conclusion, M. le député de La Peltre.

**M. Caire:** Bon, déjà cinq minutes?

**La Présidente (Mme Gonthier):** Déjà cinq minutes.

**M. Caire:** Seigneur que ça va vite! Ça va vite, Mme la Présidente, c'est incroyable! On a à peine le temps de se dire bonjour. Mais j'espère, Mme la Présidente, que le ministre de la Santé aura l'occasion de s'engager sur des résultats pendant les études de crédits, parce que c'est des sommes colossales qui sont investies. Mais c'est facile de faire un chèque, c'est un petit peu moins facile d'obtenir des résultats avec le chèque en question.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci beaucoup, M. le député de La Peltre.

### Discussion générale

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

### Prévisions budgétaires

**M. Drainville:** Merci, Mme la Présidente. M. le ministre de la Santé, le gouvernement a annoncé son intention de plafonner les dépenses du gouvernement à 3,2 % par année dès l'an prochain. Est-ce que vous avez l'intention de respecter cette cible?

**M. Bolduc:** Bien, l'année prochaine, on sait qu'on planifie d'aller chercher à peu près 3,2 % d'augmentation. Par contre, la répartition de l'augmentation au niveau du budget global du gouvernement n'a pas été déterminée, et puis c'est quelque chose qui est à venir.

Mais ce qu'on veut dans un contexte de crise économique et également dans un contexte dans lequel on veut limiter les déficits, puis on sait qu'actuellement un bon gouvernement se doit d'investir et maintenir l'économie à un certain niveau, on veut également qu'au niveau de nos dépenses gouvernementales il y ait une certaine limitation. Et, l'année prochaine, ce qu'on va voir également, ça va être quoi, nos coûts de système? Peu de personnes peuvent prédire ça va être quoi, le coût des médicaments, parce qu'au niveau économique également les compagnies pharmaceutiques sont en train de se réajuster. Au niveau du développement des technologies, qu'est-ce que ça veut dire? On ne peut pas le dire encore parce qu'on sait qu'il y a du plafonnement à ce niveau-là. Et je vais vous donner un exemple: si

vous avez acheté un TACO, qui est un CT scan, voilà 15 ans, vous auriez payé 1,2 million de dollars pour une technologie de, mettons, l'équivalent de ce qu'on appelle, en termes de vitesse, une barrette. Si vous achetez aujourd'hui, vous allez avoir un 128 barrettes, technologie 10 fois plus rapide, et vous allez payer 800 000 \$.

Donc, tous ces coûts-là qu'on est en train de réincorporer vont faire qu'on a l'impression qu'au niveau de la santé on atteint actuellement un plafonnement. Cette année, on a une augmentation de 5,7 % au niveau de la santé, mais il y a d'autres budgets au niveau des autres ministères où, eux autres, ils ont eu une augmentation moindre que l'inflation, ce qui fait que, quand on fait une moyenne gouvernementale, on se retrouve avec une augmentation qui est un peu plus que 3,2 %. Mais, l'année prochaine, avec 3,2 %, on pense que ça va être suffisant pour répondre aux coûts de système et également, possiblement, avoir un petit peu de développement.

● (14 h 30) ●

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Donc, vous croyez que vous serez capable, l'an prochain, de respecter les coûts de système? Vous serez capable de déposer un budget pour la santé qui va couvrir les coûts de système?

**M. Bolduc:** La façon dont on fonctionne, c'est que l'année prochaine... on n'a pas déterminé quel sera l'apport du gouvernement dans le budget parce que ça va se déterminer au moment où est-ce que le budget va être fait, mais ce qu'on prévoit au niveau gouvernemental: une augmentation des coûts de 3,2 %, et, à ce moment-là, on va déterminer l'apport qui va revenir au niveau de la santé. Et, moi, je crois fermement que, l'année prochaine, on va être capables de respecter les coûts de système.

**M. Drainville:** Je ne sais pas si vous avez fait le calcul, M. le ministre, mais, nous, on l'a fait, le calcul, là. Si on respecte une moyenne d'à peu près 6 %, comme ça a été le cas depuis 2003, si vous augmentez le budget de la santé de 6 % l'an prochain pour respecter les coûts de système puis investir un petit peu dans le développement, il ne restera pas beaucoup, beaucoup d'argent pour les autres ministères, si vous voulez respecter la cible de 3,2 %. Je ne sais pas si... L'avez-vous fait, l'exercice?

**M. Bolduc:** Moi, ce que je sais, c'est que, l'année prochaine, au niveau gouvernemental, on a l'intention d'avoir une augmentation des budgets de 3,2 %. Jusqu'à maintenant, on a protégé les budgets de l'Éducation et de la Santé, en termes de coûts de système, et, tout dépendant à quelle hauteur qu'on va avoir nos augmentations l'année prochaine, on va être en mesure, d'après moi, de respecter nos coûts de système.

**M. Drainville:** Donc, votre objectif pour l'an prochain, c'est de diminuer vos coûts de système.

**M. Bolduc:** Ce qui est important, ça va être de répondre aux besoins. Et, si l'année prochaine il y a une diminution au niveau de l'augmentation des coûts...

Parce que, si vous regardez sur plusieurs années, le coût du système a baissé, avec les années. Si vous regardez comme il faut, là, vous allez voir qu'il y a une diminution, avec les années, pour plusieurs... Ça coûte plus cher en santé, on dépense plus que l'inflation, mais on coûte moins cher, au fur et à mesure. Juste pour vous donner un exemple...

**M. Drainville:** Avez-vous un tableau là-dessus?

**M. Bolduc:** Je n'ai pas de tableau. Juste pour vous donner un exemple, si vous regardez le coût des médicaments, il y a quelques années, on était dans les deux chiffres. Cette année, on a réussi à contrôler puis on va être dans un seul chiffre, on va être autour de 8 % du coût d'augmentation des médicaments. Donc, on a un certain plafonnement à ce niveau-là.

**M. Drainville:** Mais je pense que c'est important, M. le ministre. Si vous me dites que vous avez effectivement fait des calculs sur la baisse des coûts de système, est-ce que vous seriez prêt à le déposer, ce tableau-là, si...

**M. Bolduc:** Non, ce que je vous explique, là, c'est simple, c'est que 3,2 %, c'est tout le gouvernement. C'est comme, cette année, le gouvernement n'a pas augmenté ses coûts de 5,7 %. La Santé a eu 5,7 %, et la santé représente 45 % du budget du gouvernement. Il y a d'autres ministères qui ont eu moins que 2 % puis ils ont eu du 1 %. Donc, ce que je vous dis, c'est que l'année prochaine, au niveau gouvernemental, on prévoit qu'il y a une augmentation gouvernementale de 3,2 % et, l'année prochaine, on devrait être en mesure quand même de respecter les coûts de système de la santé.

**M. Drainville:** O.K. Mais, dans le fond, ce que vous avez dit, ce n'était pas exactement ce que vous vouliez dire. Ce que vous vouliez dire, si j'ai bien compris, c'est que le rythme de croissance des dépenses gouvernementales avait été limité ou vous aviez réussi à le freiner, à le ralentir. Vous parlez, je pense, de l'ensemble des dépenses du gouvernement et non pas des coûts de système, si je vous ai bien compris, dans votre dernière réponse, là. En d'autres mots, vous n'avez pas de chiffres qui démontrent que les coûts de système en santé ont diminué.

**M. Bolduc:** Non, ce que je vous dis, c'est que le 3,2 %, c'est les coûts d'augmentation du gouvernement l'année prochaine. Comme, cette année, le gouvernement n'a pas augmenté ses dépenses de 5,7 %. La Santé a eu 5,7 %. Donc, l'année prochaine, quand on va refaire notre répartition de dépenses entre les ministères, moi, je m'attends, pour réussir à maintenir notre système de santé, à avoir les coûts de système.

**M. Drainville:** Et je vais vous poser une question, M. le ministre: Connaissez-vous la proportion moyenne des dépenses en santé dans l'augmentation des dépenses du gouvernement ces dernières années?

**M. Bolduc:** Bien, on a des tableaux pour ça. C'est-à-dire que la proportion a augmenté, avec les années, par rapport aux dépenses gouvernementales.

**M. Drainville:** O.K. Ce qui tend à démontrer que les coûts de système ont augmenté, eux aussi, et non pas diminué.

**M. Bolduc:** Bien, ça dépend comment vous prenez votre... Il y a une augmentation du coût de... Le coût de système, c'est l'augmentation, à chaque année, des dépenses dans le réseau de la santé, et l'augmentation ne doit pas se calculer en termes d'augmentation de coûts de système mais par rapport à l'inflation. Donc, nous autres, on calcule que, exemple, si, cette année, l'inflation est à 2 %, si on a une augmentation de coûts de système de 5,7 %, à ce moment-là on est au-dessus de l'inflation de 3,7 %.

**M. Drainville:** Bien, je connais la différence, là, entre les dépenses générales puis les coûts de système, là. Les trois grandes catégories des coûts de système en santé, vous les connaissez aussi, j'imagine: rémunération, coût des fournitures et finalement l'inflation générale.

**M. Bolduc:** C'est ça.

**M. Drainville:** Bon. Nous, on l'a fait, le calcul, là, c'est grosso modo 56 % des nouvelles dépenses annuelles qui vont à la Santé ces dernières années. Donc, à chaque année, là, en moyenne ces dernières années, si vous regardez l'augmentation des revenus ou l'augmentation, dis-je, des dépenses, la Santé va chercher à peu près 56 % de ces nouvelles dépenses-là. Si vous augmentez vos dépenses, comme gouvernement, de 3,2 % l'an prochain et que vous respectez ce ratio de 56 %, il va vous manquer 400 millions pour atteindre les coûts de système que vous avez mis dans le réseau de la santé cette année. Comprenez-vous ce que je vous dis, là? Si vous augmentez de 3,2 % puis vous respectez la proportion de 56 % qui est dévolue à la Santé, là, il manque 400 millions juste pour rencontrer les coûts de système, là.

**M. Bolduc:** C'est parce que votre...

**M. Drainville:** Ça veut dire, ça, qu'on va avoir un sacré problème, là.

**M. Bolduc:** Je pense que, votre façon de calculer, vous émettez des hypothèses qui ne se réaliseront pas nécessairement puis je vais vous donner un exemple. Dans un contexte de situation économique difficile, je pense qu'il y a peut-être y avoir une certaine pression à la baisse sur certains coûts, ne serait-ce qu'au niveau des médicaments. Et puis également il ne faut pas que vous oubliiez, dans le réseau de la santé, une bonne partie des dépenses, ça représente également les salaires. L'autre effet qu'on a, puis là je pense que vous avez compris tantôt mon explication, c'est que le coût de la santé peut augmenter plus que 3,2 %, si on s'entend comme société qu'on met la majorité ou une bonne partie des dépenses en croissance dans certains réseaux, dont entre autres le réseau de la santé et de l'éducation, ce qui a été fait cette année. Donc, à ce moment-là, selon moi, l'année prochaine, on va être capables d'arriver, au niveau du coût de système, avec une augmentation de 3,2 %. Et il ne faut pas avoir de boule de cristal non plus

puis il ne faut pas commencer à faire des prédictions, 56 %, 55 %. L'année prochaine, on va refaire un nouveau budget et on va le déposer à ce moment-là.

**M. Drainville:** O.K. Mais ce que je comprends dans votre réponse, c'est que vous dites: L'intention du gouvernement de limiter ses dépenses à 3,2 %, c'est un engagement qui est ferme, mais, à l'intérieur de cette cible-là, les dépenses en santé, elles, vont augmenter de plus que 3,2 %. Jusqu'où vont-elles augmenter, on ne le sait pas, mais elles vont certainement augmenter de plus que 3,2 %.

**M. Bolduc:** Vous avez parfaitement compris. Donc, à ce moment-là, l'année prochaine, en santé, on pourrait avoir une augmentation, un exemple, là, puis je ne vous dis pas que ça va être ça, qui pourrait être de 4,5 %. Parce que cette année l'augmentation du budget du gouvernement n'a pas été de 5,7 %, mais la Santé, dans la répartition, a eu 5,7 %, l'Éducation a eu 3,2 %, et il y a d'autres ministères qui ont moins. L'année prochaine, on fera nos choix budgétaires.

L'autre chose qu'il faut comprendre, dans un contexte économique très variable comme on a actuellement, c'est possible, comme je vous dis, qu'il y ait des pressions pour avoir un certain contrôle au niveau de certains éléments budgétaires. Mais, encore là, je vais vous donner un exemple. Il ne faut pas trop se fier sur le passé actuellement parce que ce qu'on est en train de voir là, c'est du jamais-vu. Si vous arrivez voilà trois ans par rapport à aujourd'hui, aujourd'hui il sort deux fois moins de nouvelles molécules au niveau des médicaments que voilà trois ans, alors que toujours, dans le passé, on avait une augmentation du nombre de molécules qui sortaient sur le marché. Également, il y a moins de nouveaux produits qui sont des produits de recherche, donc on fait plus affaire avec des produits génériques qui amènent une baisse du coût. Puis je vais vous donner un autre exemple très pratique. Vous avez le médicament qui s'appelle l'atorvastatine, sous le nom de compagnie de Lipitor, qui bientôt va devenir générique, qui va entraîner, pour le système de santé, des millions de dollars d'économie parce que c'est la molécule la plus prescrite et la plus dispendieuse au Québec.

Ça fait qu'il y a des facteurs comme ça qu'on n'est pas capables de prédire sur plusieurs années, et on sait que l'année prochaine il va y avoir probablement des nouveaux éléments qui vont faire qu'au moment où est-ce qu'on va faire le budget on calculera nos affaires et on devrait avoir le coût de système au niveau du système de santé.

● (14 h 40) ●

**M. Drainville:** Bon, vous parlez de...

**M. Bolduc:** ...autre élément, juste pour compléter, l'autre élément qui est important, c'est que les indices de prix à la consommation sont à la baisse. Si vous avez regardé l'inflation... Ça fait que vos hypothèses, c'est que... Si vous regardez vos hypothèses sur plusieurs années, tenez compte qu'aujourd'hui on est dans un contexte économique complètement différent. Il y a des choix qui vont être faits, mais également les éléments qui étaient traditionnellement assez réguliers, bien ils sont en train de changer.

**M. Drainville:** Oui, mais il n'en demeure pas moins, M. le ministre... Puis je comprends que c'est seulement une hypothèse, mais, si on prend l'hypothèse de 4,5 %, là, je n'ai pas le résultat à la cenne près, là, mais je vous dirais, à vue de nez, là, si vous augmentez de 4,5 %, il va vous manquer, là, je dirais, 200 à 250 millions pour atteindre les coûts de système de cette année. Je veux bien que l'inflation soit moindre et je veux bien que les coûts des médicaments augmentent moins rapidement que ça n'a été le cas par le passé. Il y a quand même un risque important qu'on se retrouve dans une situation financière extrêmement difficile pour la santé, pour le secteur de la santé, même si vous dites: Comme gouvernement, on maintient notre priorité santé, santé et éducation. Ce que je vous dis, c'est que, l'exercice que vous allez devoir faire, il y a une forte probabilité que vous manquiez d'argent, que vous ne soyez pas capables d'arriver à votre objectif de maintenir les coûts de système, et, à ce moment-là, il y a un certain nombre de choix auxquels vous allez devoir être confrontés. On est d'accord?

**M. Bolduc:** Bien, c'est parce que, vous, vous faites des hypothèses. Il y a un choix qu'on ne fera pas: on ne coupera pas 20 % du salaire des employés puis on ne mettra pas des employés à la retraite tandis qu'on en a besoin dans le réseau de la santé. Notre gouvernement a fait un choix qui est le choix de préserver la santé et l'éducation. Ce qui va arriver par la suite, vos hypothèses, elles valent autant que les miennes, vous ne le savez pas et je ne le sais pas. Qu'est-ce que va être le taux d'inflation l'année prochaine? Quelles vont être les nouvelles technologies qu'on va pouvoir remplacer par des technologies moins dispendieuses? Actuellement, il y a une pression très, très forte à la baisse sur le coût des technologies. Donc, ce sont tous des éléments qui sont importants.

Et, dans un budget de 26,6 millions de dollars, qui va être augmenté l'année prochaine, probablement dépasser 27 milliards de dollars, vous comprenez que 200 millions, c'est quelque chose qu'on peut avoir comme marge de manoeuvre assez facilement. Donc, vous confirmez l'hypothèse que je vous émettais: à 200 millions près, sur un budget de 27 milliards, on n'est pas dans la misère. Puis à ce moment-là on fait le choix, comme gouvernement, très clairement, et on vous le dit encore, on va préserver la santé et on va préserver l'éducation, qui sont le premier rôle d'un gouvernement.

**M. Drainville:** Mon recherchiste, qui me sert de sous-ministre...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Drainville:** ...me glisse le calcul ici, là, le manque à gagner serait de 300 millions.

**M. Bolduc:** 300 millions de dollars sur un budget...

**M. Drainville:** 300 millions, on n'est pas dans la misère non plus?

**M. Bolduc:** 300 millions sur un budget de 27 milliards, là, on n'est vraiment pas dans la misère.

L'autre chose, il faut voir que, pour le... Non, 300 millions sur 27 milliards, vous êtes...

**M. Drainville:** On le prend où? On le prend où?

**M. Bolduc:** 300 millions sur 27 milliards... À chaque année... Juste pour vous donner un exemple, 27 milliards, ça représente 1 % ou 2 % du budget du gouvernement. Tout le système, on est capables de travailler à l'intérieur d'une marge de 3 % à 5 %. Quand on est soit en affaires ou dans la gestion des fonds publics, 3 % de marge de manoeuvre, ce n'est quand même pas la... ce n'est pas difficile à dire que c'est gérable. Je ne vous dis pas que c'est facile puis je ne vous dis pas qu'on est dans une condition où est-ce que c'est le Klondike, là, mais ce que j'appellerais... c'est une belle expression, c'est gérable, faites-moi confiance.

**M. Drainville:** C'est beaucoup me demander, là. Alors, disons, on part avec un manque à gagner de 300 millions, disons, pour les fins de la discussion.

**Une voix:** ...

### Équilibre budgétaire

**M. Drainville:** Pour les fins de la discussion. Là, votre gouvernement, dans le plan budgétaire 2009-2010, réitère l'objectif d'atteindre l'équilibre budgétaire au sein des établissements de santé d'ici 2011-2012. Il manque 125 millions pour atteindre l'équilibre budgétaire. Là, on parle bien des bases budgétaires des établissements. Comme vous le savez, M. le ministre, le gouvernement s'était donné pour objectif d'éliminer les déficits d'exploitation de 300 millions. Vous avez jusqu'à maintenant augmenté les bases budgétaires de 175 millions, mais il manque un 125 millions sur lequel vous vous étiez engagés. Et vous vous êtes réengagés, même si ça fait six ans que vous êtes là, là, vous avez senti le besoin de redire six ans plus tard, dans le budget présent, que vous alliez finalement les éliminer, ces déficits, d'ici 2011-2012. Donc, aux 300 millions de manque à gagner, là, il faut rajouter un autre 125 millions pour atteindre l'équilibre budgétaire dans les établissements de santé et de services sociaux. Comment vous allez arriver à l'équilibre budgétaire, là?

**M. Bolduc:** Les établissements de santé et de services sociaux, ça représente environ... grosso modo, là, c'est à peu près 15 milliards de nos budgets. 125 millions sur 15 milliards, c'est moins de 1 % de déficit. Si vous regardez la productivité qu'on est en train d'aller chercher dans le réseau, dans plusieurs secteurs, que ce soit le laboratoire, la radiologie, les blocs opératoires, la réorganisation du travail qu'on va faire, il nous reste encore deux ans pour réussir à récupérer à ces niveaux-là. Et puis, moi, je suis confiant qu'on soit capables d'atteindre l'équilibre budgétaire au niveau de nos établissements de santé. Je pense que, quand vous parlez de chiffres, ça a l'air gros, 125 millions, il faut le mettre en proportion de la dépense globale, et c'est, encore là, moins de 1 % du montant total.

**M. Drainville:** O.K. Mais on s'entend sur le fait que, vous êtes d'accord, là, vous, là, vous vous engagez, comme ministre de la Santé, à atteindre l'équilibre budgétaire d'ici 2011-2012.

**M. Bolduc:** Ce qu'on s'engage, la planification qui est prévue, c'est d'atteindre l'équilibre d'ici 2011-2012, et en plus on regarde comment est-ce qu'on va faire pour récupérer... Par contre, on ne le fera jamais aux dépens des soins à la population parce que, pour notre gouvernement, la priorité, c'est de préserver le système de santé et préserver le système d'éducation.

**M. Drainville:** O.K. Mais, M. le ministre, c'est parce que vous évoquez, là, des centaines de millions comme si c'était très, très, très facile à trouver, là. On est rendus à 400 millions, là. 400 millions, c'est quasiment le tiers de l'augmentation que vous avez accordée au régime de la santé dans le présent budget. 400 millions, c'est quoi? C'est huit fois les dépenses de nouveaux programmes que vous avez dans le présent budget, qui sont autour de 51 millions, 52 millions. 400 millions, c'est énormément d'argent. C'est probablement... c'est le budget de quelques-uns des ministères de vos collègues, là, 400 millions. Si c'était si facile que ça à trouver, 400 millions, là...

**M. Bolduc:** Parce que vos hypothèses... C'est parce que votre hypothèse de base n'est peut-être pas bonne.

**M. Drainville:** On me dit que c'est deux fois le ministère de l'Environnement, 400 millions, là. Vous pensez que Mme la ministre de l'Environnement va être ravie de vous entendre dire: 400 millions, c'est facile à trouver?

**M. Bolduc:** L'hypothèse du manque à gagner de 300 millions, c'est votre hypothèse, ce n'est pas nécessairement la nôtre. Parce que, si vous calculez... Comme je vous dis, vous êtes incapable de savoir les conditions de l'année prochaine par rapport à certains éléments qui, pour nous, sont très importants. Et, appliqué sur le pourcentage du réseau de la santé, qui, je vous le rappelle, est de 26,7 milliards de dollars, on a une marge de manoeuvre de 1 % à 2 %. Quand vous construisez votre maison, vous n'êtes pas capable de prédire à 1 % près le coût total final. Nous autres, au niveau du réseau de la santé, on sait qu'on a cette marge de manoeuvre là de naviguer entre 1 % et 2 %, 3 %, du budget global des établissements.

**M. Drainville:** Il me reste un petit peu de temps, mais je vais le reporter sur le prochain bloc, Mme la Présidente. Merci, M. le ministre.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Parfait. Merci, M. le député de Marie-Victorin. Nous allons maintenant passer au groupe ministériel pour une période de 20 minutes. Je vais donner la parole à... au député de Jeanne-Mance—Viger.

### Priorités budgétaires

**Mme Rotiroti:** Merci. Merci, Mme la Présidente. Alors, je pense qu'on peut tous convenir que le Québec

est en train de passer une crise économique, et c'est une crise qui est mondiale, et le Québec n'échappe pas, évidemment. Comme gouvernement, on a déposé... on a fait des choix difficiles lors du dépôt de notre dernier budget et on a aussi, malgré le fait que c'était un budget déficitaire, on a décidé de maintenir les services en santé et en éducation. Alors, on a même, je pense, indexé le budget de la Santé.

Est-ce que le ministre de la Santé et Services sociaux peut justement nous en dire un petit peu plus sur les éléments principaux du budget de la Santé?

**M. Bolduc:** Bon. Dans un premier temps, ce qu'il est important de rappeler, c'est qu'on a préservé le système de santé et le système d'éducation, dans le dernier budget, malgré le fait qu'on soit dans un contexte financier mondial extrêmement difficile. Ce que ça veut dire, c'est qu'au niveau du budget de la Santé on a eu la couverture des coûts de système, qui était de 5,7 %, qui est une augmentation de 1,5 milliard de dollars du budget au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'autre élément également, ça va nous permettre de continuer sur notre bonne voie, l'augmentation des GMF.

Et là-dessus je voudrais faire une clarification. En 2002, il y avait zéro GMF. En 2003, il y avait zéro GMF, quand on a commencé à prendre le pouvoir. Et puis après ça on a commencé...

**Une voix:** ...

● (14 h 50) ●

**M. Bolduc:** Oui, il y en avait peut-être six, sept. Oui, je sais que ça avait été passé sous votre affaire. En tout cas, il y en avait quelques-uns, mais on a réussi à passer, en quatre ans, à 193 GMF. Et ce qui limite le nouveau GMF, c'est tout simplement les médecins, qui doivent demander l'autorisation et qui doivent aussi s'engager à donner les services. Donc, actuellement, on en a encore entre 30 et 40 qui sont en attente d'être formés, tout simplement parce que les médecins doivent s'entendre entre eux autres pour être capables de le faire et par la suite s'entendre avec le gouvernement sur l'offre de service. Donc, ce qui limite actuellement l'arrivée de nouveaux GMF, il faut que ce soit clair, ce n'est pas le gouvernement. Il faut que les médecins soient prêts à travailler en groupe, à travailler avec des infirmières et à faire une offre de service au niveau des patients. Je pense que déjà, ça, on a réussi à le préserver avec le budget.

Également, ce que va nous permettre le budget, ça va être de faire un des engagements durant notre campagne électorale, c'est-à-dire que, pour les jeunes infirmières qui vont arriver sur le marché du travail, on va leur offrir pendant trois ans des montants annualisés. Également, ce qu'on veut — parce qu'une des grosses problématiques au niveau du réseau de la santé actuellement, c'est justement le manque d'infirmières — c'est que, celles qui prennent leur retraite, on va leur offrir un montant de 8 000 \$ par année pour demeurer sur le marché du travail et aider les infirmières en place en attendant qu'on en forme des nouvelles qui vont réussir à prendre la place de celles qui vont quitter. Ça, je pense que c'est des éléments majeurs au niveau du budget.

Puis là-dessus j'aimerais ça peut-être vous rappeler, là, c'est quoi, les commentaires qu'on a eus au niveau du budget. Dans un premier temps, il y a eu l'AQESSS, puis je vais le lire, je cite: *L'AQESSS salue le maintien des efforts budgétaires*. «L'AQESSS salue les efforts consentis par le gouvernement en cette période économique difficile. Le budget d'aujourd'hui permettra notamment de couvrir la hausse des coûts des médicaments, l'inflation et les augmentations de salaire des 240 000 employés du réseau et d'accueillir les nouveaux médecins.»

Également, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, et je cite: «Encore cette année, le gouvernement du Québec fait de la santé son poste prioritaire en augmentant de 5,7 % le budget consacré à la santé. [...]il était de mise que le gouvernement épargne le réseau de la santé de compressions qui auraient eu un effet dévastateur autant pour ceux qui prodiguent les soins que pour ceux qui les reçoivent.»

Et la Fédération des médecins spécialistes du Québec: «La Fédération des médecins spécialistes du Québec considère que le budget 2009-2010, rendu public par la ministre des Finances, est satisfaisant en ce qui a trait à la santé dans le contexte de la récession qui frappe.»

Et puis la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, qui représente toutes les infirmières, qui représente également les inhalothérapeutes: «Avec 5,7 % d'augmentation des dépenses, le financement du réseau de la santé et des services sociaux est assuré pour la prochaine année budgétaire.»

Ce qu'il faut conclure, c'est que cette année, dans un contexte financier et économique difficile, notre gouvernement a décidé de préserver le réseau de la santé et de faire une couverture totale des coûts de système, ce qui veut dire qu'on est capables de couvrir le coût des employés au niveau des salaires, le coût des médicaments et, même à ça, par un principe de réallocation budgétaire, de faire un peu de développement dans notre réseau. Donc, ça nous permet vraiment de consolider notre réseau de la santé.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

### **Centre intégré de cancérologie à l'Hôpital Charles-Le Moyne, en Montérégie**

**Mme Rotiroti:** Oui. Merci, Mme la Présidente. J'ai une question qui n'est pas tout à fait par rapport au budget. Je pense que ça va intéresser le député de...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Marie-Victorin.

**Mme Rotiroti:** ...Marie-Victorin, j'ai entendu plusieurs questions, à la période de questions, là-dessus. Il y a l'Hôpital Charles-Le Moyne qui est situé sur la Rive-Sud. Dans mes fonctions comme adjointe parlementaire à la ministre du Tourisme et aussi en charge de la région de la Montérégie, c'est un dossier qu'on suit de près. Et on a su qu'il y a eu plusieurs personnes qui sont atteintes du cancer en Montérégie et qui doivent actuellement se déplacer à Montréal ou à Sherbrooke

pour leurs traitements. Et on sait qu'on met beaucoup d'importance sur le rapprochement du milieu de traitement du domicile des patients pour favoriser la qualité de vie de ces gens-là.

Alors, ceci étant dit, dernièrement vous avez annoncé des travaux de construction d'un centre intégré de cancérologie de la Montérégie à l'Hôpital Charles-Le Moyne — et je suis témoin parce que je suis de cette région-là, alors je vois les travaux, ils sont en marche — et qui a été une très, très bonne nouvelle pour les citoyens sur la Rive-Sud, ça a été très bien accueilli. Mais j'aimerais ça en entendre un petit peu plus sur ce projet-là.

**M. Bolduc:** Dans un premier temps, quand on regardait la distribution du traitement du cancer au Québec, il y avait quelques régions qui étaient déficientes, dont, entre autres, celle de la Montérégie. La Montérégie, pour une population de 1,3 million de personnes, on n'avait aucun centre de traitement du cancer. C'est-à-dire que, lorsque vous aviez besoin de recevoir de la radio-oncologie, c'est-à-dire c'est de la radiothérapie, il fallait aller soit à Sherbrooke ou encore aller à Montréal. L'autre région qui était déficitaire en termes de services au niveau de l'oncologie, c'était la région de Laval. Et puis, comme de fait, au cours des deux dernières années, on a annoncé deux centres importants. Le premier, c'était celui de Laval, au coût de 40 millions de dollars, un centre de radiothérapie intégré, ce qui va permettre à la région de Laval, possiblement une partie des Laurentides et également du coin de Lanaudière, de recevoir des traitements de radiothérapie beaucoup plus proches du domicile.

Et, pour en revenir à la région de la Montérégie, Charles-Le Moyne, on va investir dans un centre de cancer intégré, ce qui veut dire au niveau de la radio-oncologie, mais, plus que ça, c'est tous les traitements de chimiothérapie qui vont être dans un nouveau secteur dans lequel on va pouvoir dire qu'il va y avoir probablement les soins les plus modernes en Amérique du Nord en termes de traitements pour le cancer.

Ce que ça permet? Deux facteurs. Premièrement, ça permet à la population de la Montérégie de se faire traiter plus près, donc ils n'auront pas de grandes distances à parcourir. Et également, ce qui est très important, ça va nous permettre de dégager des ressources dans les deux autres régions qui étaient touchées, c'est-à-dire la région de Sherbrooke et la région de Montréal, pour leur permettre, eux autres, de recevoir des meilleurs services.

Là, je tiendrais à rappeler qu'au niveau du cancer, si on a un succès au Québec... il y en a plusieurs, là, mais un qu'il faut citer comme succès au Québec, c'est le traitement du cancer, alors que 97 % des patients reçoivent leurs soins à l'intérieur de quatre semaines, ce qui est recommandé. Les chirurgies également, au niveau du cancer, se font dans des délais très, très courts. Également, les débuts de chimiothérapie se font dans des délais très, très courts. On est très loin de la période où il fallait envoyer nos patients aux États-Unis se faire traiter. On est vraiment rendus dans une période où est-ce qu'on est autosuffisants.

Et, juste pour vous conter une anecdote qui est intéressante, je me promenais, je faisais mon jogging le matin, à l'automne, sur la place Samuel-De Champlain,

puis il y a deux madames qui m'ont arrêté, dont, entre autres, une radio-oncologue qui était à la semi-retraite. Puis, elle m'a dit, le plus gros changement qu'ils ont vu dans les dernières années, c'est la disponibilité d'équipements pour le traitement du cancer pour les Québécois. Et puis, elle — puis c'est un témoignage qu'elle m'a fait en personne — ce qu'elle m'a dit, elle m'a dit: Présentement, il n'y a aucun de nos patients qui attend, et même, à Québec, on pourrait prendre des patients de l'extérieur pour pouvoir les traiter. Et ça, dans un système bien géré, il ne faut pas être en sous-capacité, il faut parfois être en surcapacité pour que, quand il arrive des périodes où est-ce qu'on a plus de patients qui arrivent pour des raisons x, de façon plus rapide, à ce moment-là, on est capables de les prendre. Et ça, c'est vraiment un de nos gros succès qu'on a actuellement, là, au Québec, au niveau des soins prodigués au niveau des patients du cancer.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

#### **Rénovation de l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à Québec**

**M. Chevarie:** Merci, Mme la Présidente. On sait comment les urgences sont importantes au Québec. Non seulement ça prend du personnel, mais ça prend également des locaux qui sont fonctionnels. Et plusieurs urgences au Québec ont été rénovées ou devront l'être. Et une de celles-ci, c'est celle de l'Enfant-Jésus ici, à Québec. On a pu constater un vaste chantier autour de l'hôpital, et ce qui est intéressant, c'est que tout ça s'est fait alors que l'urgence devait continuer à fonctionner pendant ces travaux majeurs. Et, pour ceux qui ne connaissent pas cette urgence, c'est l'une des plus achalandées non seulement dans la région, mais dans tout l'Est du Québec. Alors, j'aimerais que le ministre nous parle un peu de ce projet et comment s'est effectuée cette réalisation-là.

**M. Bolduc:** Bon, dans un premier temps, l'urgence de l'Enfant-Jésus est une urgence extrêmement importante pour tout l'Est du Québec parce que, tout ce qui s'agit de traitements de traumatologie, de neuro-chirurgie et souvent de l'orthopédie, les patients qui sont des deuxième et troisième lignes, entre autres les traumatismes crâniens, sont tous référés à l'Enfant-Jésus. Ce que ça veut dire, que ça couvre comme secteur toute la région de Québec, toute la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, la Côte-Nord, ça couvre également le Bas-Saint-Laurent, les Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches. Donc, c'est un très grand bassin de desserte.

L'autre élément qui est important, c'est une urgence qui était vétuste depuis plusieurs années et qui avait besoin d'être rénovée. Et actuellement c'est une urgence qui est terminée. Et puis, pour l'avoir visitée... Il faut connaître un peu l'histoire de ce qui s'est passé. C'est que, dans les plans de rénovation, il fallait qu'ils rénovent à l'intérieur des murs. C'est un agrandissement quand même significatif, ils ont augmenté de deux à trois fois la superficie de l'urgence et rentré des équipements modernes. Mais en plus, compte tenu de la façon

dont les plans étaient faits, il a fallu continuer à utiliser l'urgence en même temps qu'on travaillait sur la nouvelle urgence, ce qui s'est fait. Et, à l'automne, on est allés inaugurer l'urgence.

● (15 heures) ●

Et ce qui est remarquable, encore là, vous avez une urgence qui est ultramoderne, qui répond aux normes nord-américaines. Parce que là-dedans on n'est pas juste dans les normes québécoises, c'est vraiment les normes nord-américaines en termes de superficie mais surtout en termes d'organisation des salles. Vous avez des salles de réanimation très, très modernes, avec la radiologie incorporée. Vous avez le CT scan, le TACO juste à proximité de l'urgence. Au niveau des équipes de soins également, tout a été amélioré en termes de monitoring au niveau de l'informatique. Donc, c'est une urgence qui est rendue ultramoderne. Ce qui est intéressant, c'est que c'est une urgence que ça nous prenait pour la région de Québec, mais également pour tout le secteur de l'Est du Québec, parce que les patients qui vont là, c'est des patients qui nécessitent des soins extrêmement importants.

Encore là, je vais vous raconter une anecdote. C'est une urgence... pour vous montrer... Dès que vous avez un traumatisme au niveau de la moelle épinière ou un traumatisme crânien qui nécessite des soins d'un neurochirurgien, excepté pour la région de Chicoutimi où est-ce qu'ils ont leur neurochirurgien, tout le reste doivent référer ici, dont, entre autres, l'endroit d'où vous êtes, les Îles-de-la-Madeleine, là, les transferts se font directement à L'Enfant-Jésus lorsque nécessaires. Donc, pour nous, c'est, encore là, un succès en termes de rénovation des infrastructures.

Là-dessus, je tiendrais à vous dire... Je pense que c'est important, le personnel dans le réseau, mais ce que le personnel vous disent quand vous allez les visiter sur place, ils vous disent qu'ils veulent travailler avec une infrastructure immobilière de qualité et également de l'équipement de qualité, et c'est ce qu'on est en train de faire au Québec. Avec les rénovations des six dernières années dans toutes les urgences, ce sont des urgences qui répondent aux normes nord-américaines tant au niveau de l'espace en termes de mètres carrés qu'en termes d'équipements disponibles au niveau de l'urgence, et ça, ça nous permet d'offrir des bons soins à nos patients. Naturellement, je ne passerai pas sous silence la qualité des soins qui sont donnés par tout le personnel dans nos urgences.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

### Services de première ligne

**M. Chevarie:** Oui. On sait que la première ligne prend une très grande place dans le réseau de la santé et des services sociaux, c'est une vaste porte d'entrée: CLSC, urgence, organismes communautaires et, bien entendu, les médecins, avec la médecine de famille, les GMF. On sait qu'il y a actuellement une problématique sur le plan du nombre de médecins disponibles présentement au Québec.

J'aimerais savoir: M. le ministre, est-ce que vous pouvez nous reparler de votre plan de renforcement de

cette première ligne, y incluant, bien entendu, toute l'intégration et la participation du volet de la médecine de famille et des médecins?

**M. Bolduc:** Bon. Un des constats qu'on fait, c'est que... Lorsqu'il y a eu la mise à la retraite de plusieurs médecins, c'est qu'à ce moment-là, puis je l'ai vécu à l'époque, il y a eu une forte diminution du nombre de médecins au Québec. Mais l'autre problématique qu'on a vécue en même temps, c'est que les besoins avaient été mal estimés, puis, en étant mal estimés, ce qu'ils ont fait, c'est qu'on a diminué beaucoup les admissions. On est descendu à peu près à 400 admissions en médecine au Québec dans les années... là, on parle de 1998-1999. À partir de 2001-2002, on a commencé à avoir une légère augmentation. Par contre, lorsque vous faites les courbes de besoins au niveau des médecins de famille et des médecins spécialistes, c'est le contraire, il fallait augmenter nos courbes pour réussir à répondre aux besoins de la population en tenant compte des retraites et des besoins augmentés de population. Ça fait que, là, le constat qu'on fait, qui a été fait depuis plusieurs années, c'est qu'il nous manque environ 1 000 médecins de famille au Québec et 1 000 médecins spécialistes.

Pour ce qui s'agit des médecins de famille, il y a une autre problématique qu'on a, qu'on rencontre actuellement, c'est que, partout en Amérique du Nord, ce n'est pas juste au Québec, pas juste au Canada, partout en Amérique du Nord, les étudiants en médecine ont tendance à vouloir aller plus en spécialité qu'en omnipratique dans une proportion, grosso modo, d'environ 60 % spécialité, 40 % omnipratique. Ici, au Québec, on est à 45 % omnipratique, médecine de famille, 55 % spécialiste. Donc, ce qu'il faut faire si on veut contrer la pénurie actuelle causée par les décisions passées, ce qu'il faut actuellement, c'est augmenter notre nombre de médecins qui vont aller en médecine... un, augmenter le nombre de médecins qui viennent en médecine, le nombre d'étudiants en médecine; il faut augmenter le nombre de médecins qui vont aller également en médecine de famille.

L'autre élément qui est important, c'est que, même si on voulait, on ne peut pas augmenter au-delà de 850 le nombre d'admissions en médecine, ce qui veut dire qu'on aurait environ 425 médecins de famille qui sortiraient si on vise un ratio de 50-50. Donc, ce qu'on fait, plusieurs stratégies. La première, c'est qu'on a augmenté les cohortes des étudiants en médecine, qui vont monter autour de 825. La deuxième chose, c'est qu'on doit travailler pour que de plus en plus d'étudiants en médecine fassent un choix pour la médecine de famille lorsqu'arrive le choix de résidence. Pour faire ça, ce qu'on fait actuellement, c'est qu'on va valoriser, on va valoriser le fait que les gens puissent faire des stages précocement lors de leurs études en médecine. Le phénomène qu'on a actuellement, c'est que souvent ils sont en contact avec la médecine de famille en troisième, quatrième année, mais, à ce moment-là, ils ont déjà décidé s'ils prendraient un cheminement médecine de famille ou spécialité. Puis, si on peut s'organiser pour qu'ils rencontrent des modèles de médecine de famille tôt, dont, entre autres, en première année, à ce moment-là, on a plus de chances qu'ils puissent s'orienter vers la

médecine de famille. Et nous avons passé la commande au niveau des facultés de médecine que, dès septembre 2009, on veut qu'il y ait un premier stage qui se fasse avec des médecins de famille et des contacts avec des médecins de famille dans leur première année.

L'autre phénomène qu'on voit, c'est que, compte tenu du nombre de cohortes qui va sortir, c'est qu'avant qu'on réussisse à faire face à la pénurie, ça peut encore prendre plusieurs années, il faut réorganiser le travail en médecine de famille. La façon de réorganiser le travail en médecine de famille, on en a deux ou trois, mais deux principalement. La première, c'est la création des groupes de médecine de famille dans lesquels il y a des infirmières qui vont travailler avec les médecins par des suivis conjoints. À ce moment-là, les médecins peuvent voir plus de patients et s'occuper mieux des patients qu'ils ont actuellement.

Le deuxième phénomène, c'est qu'il y a des tâches qui sont faites actuellement par des médecins qui sont partagées avec d'autres types de professionnels, ça peut être les nutritionnistes, ça peut être les infirmières, ça peut être des inhalothérapeutes, les pharmaciens, de façon à ce que des tâches que... si elles sont faites par d'autres professionnels, ça va laisser plus de temps aux médecins, encore là, pour augmenter leur nombre de patients.

L'autre chose qu'on fait, c'est de l'organisation, puis... Entre autres, actuellement, les patients du Québec se plaignent d'avoir de la difficulté à avoir un rendez-vous avec un médecin, donc il faut revoir notre système de rendez-vous, mais également ils ont de la difficulté à tout simplement avoir un médecin de famille. Depuis janvier 2009, on a mis en place des guichets uniques au Québec, dans chacun des CSS, avec un médecin responsable, où, si vous n'avez pas de médecin de famille et vous êtes quelqu'un avec ce qu'on appelle une maladie vulnérable, là, une maladie assez sévère, qui a besoin d'un médecin de famille à court terme... à ce moment-là, vous allez prendre un rendez-vous... vous allez téléphoner au guichet unique qui va s'organiser pour vous trouver un médecin de famille. Et maintenant il y a une rémunération d'attachée à cela qui va nous permettre de justement répartir les patients qui n'ont pas de médecin entre les différents médecins qui veulent offrir une certaine disponibilité. Et actuellement les endroits où c'est mis en place, c'est des bons succès, parce que les médecins, ils ne veulent pas avoir trop de patients, mais ils sont prêts à partager les patients sur le territoire de façon équitable, de façon à ce que chacun ne se retrouve pas en surcharge.

Ça fait que ça, c'est toutes des stratégies qu'on est en train de mettre en place. Une de plus qu'on voyait, c'était que, si on voulait atteindre des résultats optimaux, il fallait qu'il y ait de la cohérence puis il fallait qu'il y ait de la conciliation entre les différents intervenants. Ça fait qu'on a formé une table, on a eu la première réunion la semaine dernière, vendredi, dans laquelle tous les intervenants concernés, que ce soient le Collège des médecins, les médecins spécialistes, les médecins omnipraticiens, le Collège québécois des médecins de famille, les facultés, l'ordre professionnel, l'Ordre des pharmaciens... on s'est tous réunis pour s'entendre sur un plan de match pour améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne, parce qu'il y a la

notion de médecin de famille, mais il y a la notion de soins de première ligne, et, ensemble, on s'est entendus qu'on créait trois tables de discussion qui vont nous faire un rapport en septembre. Et, en attendant, on va regarder qu'est-ce qui peut être fait justement pour pouvoir améliorer cette accessibilité-là.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci beaucoup. Alors, je passerai maintenant la parole à M. le député de La Peltre pour un bloc de 20 minutes.

### Contrôle des dépenses de programmes

**M. Caire:** Merci, Mme la Présidente. Aussi surprenant que ça puisse paraître, je voudrais continuer dans la lignée de ce que mon collègue le député de Marie-Victorin avait commencé à faire avec le ministre, sur l'augmentation des dépenses de programmes en santé et quelques réponses du ministre qui m'ont laissé sur mon appétit, notamment sur... J'ai senti qu'il n'avait pas nécessairement une grande volonté de contrôler les dépenses en santé. Pourtant, l'ancienne ministre des Finances, Mme Jérôme-Forget, avait mis sur pied un comité, le comité de travail Castonguay, dont une des recommandations était de se donner un échéancier de sept ans pour ramener les dépenses de programmes... l'augmentation, pardon, des dépenses de programmes du réseau de la santé au même niveau que la moyenne des dépenses du gouvernement.

Est-ce que le ministre a l'intention de suivre cette recommandation-là, est-ce qu'il a l'intention d'accorder de l'importance à cette recommandation-là ou si, pour lui, le ministère de la Santé, c'est bar ouvert, là?

**M. Bolduc:** Je trouve ça dommage que vous disiez que je n'ai pas accordé d'importance au contrôle des coûts parce qu'il me semble que, dans le réseau, je suis assez réputé pour être quelqu'un qui est rigoureux dans le contrôle des coûts. Entre autres, je vous ferai remarquer qu'à Val-d'Or j'ai fait un projet «lean» qui nous permet d'avoir des économies substantielles. On opère 15 % à 20 % plus de patients. Puis, pour un bloc, pour un établissement de... pour un établissement de trois salles d'opération, quand vous calculez toute l'économie que ça pouvait rapporter en améliorant le fonctionnement au niveau des processus, ça pouvait être une économie d'environ 500 000 \$ annuelle. C'est le genre de travail qu'on fait actuellement dans plusieurs établissements de santé au niveau du bloc opératoire. Au niveau des urgences également, on est en train de revoir du fonctionnement pour améliorer les processus.

● (15 h 10) ●

Et je suis un de ceux qui croient fermement qu'actuellement ce n'est pas de l'ajout d'argent que ça nous prend dans le système de santé, mais un meilleur contrôle au niveau de la gestion. Et ça, ça va se faire avec nos partenaires, qui sont les établissements de santé, les différents professionnels, par de la réorganisation du travail. Et actuellement il y a plusieurs projets, au Québec, de réorganisation du travail de façon à atteindre les meilleurs résultats... des meilleurs résultats avec les mêmes personnels. En plus, moi, je suis un de ceux également — puis je tiens à vous le dire — qui croient que, oui, au niveau du ministère de la Santé et des

Services sociaux, il faut qu'on ait un certain contrôle des dépenses de façon à ce qu'un jour la croissance du niveau de dépenses au niveau de la santé soit proportionnelle au taux de la croissance du pays, c'est-à-dire par rapport à son PIB. Et ça, le rapport Castonguay nous a dit que, sur sept ans, on devrait essayer d'y arriver. Et je vous ferai remarquer que la croissance, l'année dernière, a quand même été moins grande que les années auparavant.

**M. Caire:** L'année dernière, ça a été quoi, la croissance?

**M. Bolduc:** J'aimerais ça...

**M. Caire:** 6,91 %, l'augmentation des dépenses de programmes...

**M. Bolduc:** Et j'aimerais peut-être... Juste pour terminer, j'aimerais peut-être qu'avant...

**M. Caire:** ...10 secondes, Mme la Présidente. Je ne voudrais pas avoir des réponses de cinq minutes, là. Je me discipline à poser des questions courtes, j'aimerais avoir des questions courtes, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gonthier):** C'est très bien. Alors, M. le député de La Peltre.

**M. Caire:** Merci, Mme la Présidente. Parce que, dans toute cette grande réponse là, Mme la Présidente, le ministre a évité l'essentiel. Est-ce que, oui ou non, dans un objectif de sept ans, vous êtes d'accord qu'on devrait ramener l'augmentation des dépenses de programmes à la moyenne gouvernementale?

**M. Bolduc:** Oui. Ce n'est pas une moyenne gouvernementale. Ce que le rapport Castonguay dit... Il faut quand même expliquer, à une question comme ça, un certain temps, parce qu'ils ne comprendront pas.

**M. Caire:** Je le comprends.

**M. Bolduc:** Le rapport Castonguay, ce qu'il dit, c'est qu'il faudrait que la croissance de la santé soit dans la même proportion que la croissance du produit intérieur brut, qui est la croissance économique du Québec. Et puis, moi, je crois qu'il faut en arriver à ça. Sur une période de sept ans, je pense que c'est un objectif qui est tout à fait raisonnable, et puis, au cours des prochaines années... Je pense que déjà on a démontré... Déjà, on a démontré dans le passé qu'on était en contrôle des coûts. Maintenant, il faut s'organiser pour que le contrôle des coûts soit proportionnel à la croissance du PIB.

**M. Caire:** Ceci étant dit, Mme la Présidente, dans la perspective où le ministre nous annonce qu'il a l'intention effectivement, dans un horizon de sept ans, de ramener les dépenses de programmes à l'augmentation du PIB s'il le souhaite... Remarquez que, par les temps qui courent, ce n'est peut-être pas un objectif très réaliste, mais mettons que, sur un horizon de sept ans, on fait ça... Je regarde les années précédentes du gouvernement libéral avec, 2005-2006, 7,36 % d'augmentation,

2006-2007, 6,45 %, 2007-2008, 6,61 %, et ainsi de suite... Cette année, bon, vous êtes à 5,7 %, donc presque 6 % encore. Ça, c'est le prévu, ce n'est pas le réel. Quand on sait que le réel habituellement est plus élevé que le prévu, on peut penser que vous êtes encore dans une perspective d'une augmentation qui va tourner aux alentours de 6 %. Vous avez des éléments importants qui s'en viennent: négociation avec les infirmières, négociation avec les médecins, entre autres. Deux fiascos anticipés: le CHUM de Montréal, le CHUQ à Québec.

À part Val-d'Or, là... Puis je suis sûr qu'à Val-d'Or ça va super bien, je n'en doute pas, mais, pour l'ensemble du réseau, c'est quoi, les moyens concrets que le ministère de la Santé et des Services sociaux entend prendre pour diminuer l'augmentation des dépenses de programmes? Parce que, dans les faits, c'est ce que vous venez de nous dire que vous avez l'intention de faire, c'est-à-dire diminuer l'augmentation pour la ramener à la moyenne du PIB.

**M. Bolduc:** Un, il faut prendre le temps d'expliquer comme il faut qu'est-ce qui s'est passé au niveau historique. Avant 2003, il y a eu énormément de coupures dans le réseau de la santé à un tel point que, quand vous faisiez le bilan en 2003-2004, il manquait facilement 3 à 4 milliards de dollars dans le réseau pour pouvoir arriver. La preuve: à ce moment-là, les établissements étaient en déficit, et, au niveau des services... il y avait une grosse pénurie au niveau des services et des gros problèmes de fonctionnement. Notre gouvernement a fait la récupération. Donc, c'est normal que, lorsque vous faites une récupération, vous investissez plus pour juste vous mettre à niveau, ce qui a été fait, et c'est plusieurs milliards de dollars qui ont été investis. Une fois que la récupération est faite, ce qu'on fait actuellement, maintenant on est en... ce qu'on appelle en vitesse de croisière, donc notre... On est en train d'ailleurs de plafonner au niveau de l'accroissement des dépenses.

Et, vous venez de le dire vous-même, il y a plusieurs facteurs sur lesquels on va devoir se pencher au cours des prochains mois, dont, entre autres, des négociations avec la fonction publique. Deuxièmement, l'inflation actuellement est au plus bas. Troisièmement, on sait que nos fournisseurs également sont négociables sur beaucoup de choses parce que tout le monde est en train de revoir son modèle économique parce qu'ils savent que les gouvernements ont moins de capacité à payer, dont, entre autres, l'industrie pharmaceutique qui est en train de revoir son modèle économique. Quatrièmement, je pense qu'il ne faut pas connaître le dossier du CHUQ et du CHUM pour voir que le CHUM... on a annoncé récemment que c'est un projet qui se ferait. C'est trois hôpitaux qui vont être regroupés en deux: un hôpital communautaire et un hôpital ultraspécialisé. Je ne pense pas, au Québec, après avoir visité Notre-Dame, après avoir visité Saint-Luc, après avoir visité l'Hôtel-Dieu, qu'il y en a qui contestent que c'est nécessaire que les Québécois se dotent d'un investissement important comme le CHUM parce que ça va être un hôpital ultramoderne de classe mondiale auquel tous les Québécois peuvent être conviés, à un moment donné, de se faire soigner. Donc, je pense que c'est plutôt un projet rassembleur. Et actuellement on a

déterminé des coûts qui sont réalistes et, oui, il va y avoir des choses qui vont s'en venir, mais je pense que... Au contraire, je pense que les Québécois ont lieu d'être fiers que ce projet-là est sur la bonne voie et va se réaliser.

**M. Caire:** Mme la Présidente, j'aurais aimé entendre du ministre... parce que, là, on m'a fait l'historique, hein, pourquoi le gouvernement du Parti québécois a obligé le Parti libéral à réinvestir en santé. On le savait parce que son prédécesseur nous l'a répété à satiété. Bon, sur le CHUM, on a des divergences de vues qui sont assez majeures, mais là n'est pas le fond de la question. Il y a des événements importants qui s'en viennent, qui vont faire en sorte d'augmenter théoriquement les dépenses de programmes.

La question est: Puisque vous partagez cet objectif du rapport Castonguay de diminuer l'augmentation des dépenses de programmes sur un horizon de sept ans — je vais vous poser la question autrement — partagez-vous aussi les solutions qui sont proposées dans le rapport du comité Castonguay pour y arriver?

**M. Bolduc:** Le rapport Castonguay, il y a des choses qui sont très, très bien. Il y a certains éléments dont, entre autres, le ticket modérateur auquel notre gouvernement n'adhère pas. Pour en arriver à un contrôle des coûts, ça passe, en premier lieu, par une meilleure organisation des services, une meilleure gestion, et puis, également, il faut décider ensemble, au niveau du travail, sur quoi on va agir par la réorganisation du travail. Ça, pour nous autres, c'est un élément qui est quand même important. Puis il y a des éléments, comme vous dites, qu'on ne connaît pas et que c'est difficile de prédire pour les deux ou trois prochaines années, compte tenu du contexte économique actuel. On parle de l'inflation. Comme vous le disiez, on s'en va en négociation, donc on ne peut pas dire maintenant comment ça va se terminer. Mais, au fur et à mesure, on devra s'ajuster et, encore là, c'est un équilibre qu'on va trouver entre les revenus et les dépenses.

**M. Caire:** Mme la Présidente, c'est des réponses qui sont extrêmement décevantes de la part du premier gestionnaire du réseau de la santé. Ce que le ministre me dit, c'est: Oui, j'adhère aux conclusions du rapport Castonguay sur le fait qu'il faille réduire l'augmentation des dépenses de programmes. Parce que, tantôt, ce que mon collègue de Marie-Victorin, je pense, essayait de faire comprendre, c'est que le budget de la santé, il y a 15 ans, c'était 30 % du budget global du gouvernement et, aujourd'hui, on est à 45 % du budget global du gouvernement, et, au rythme où vont les choses, on ne sait pas où est-ce que ça va s'arrêter. Est-ce que c'est 50, 55, 60, 70? Notre rapport d'impôt, est-ce qu'on va le faire directement au ministère de la Santé? Non, mais c'est-u ça, les pistes de solution? Ou alors il y a une volonté réelle...

Et, lorsque j'entends «meilleure organisation», j'en suis. Je pense effectivement qu'il y a matière à mieux organiser les services dans le système de santé public. Meilleure gestion, j'en suis. Je pense qu'il y a effectivement lieu de mieux organiser la gestion du système de santé public. D'ailleurs, j'invite le ministre à

revoir le rôle et l'organisation de ses agences. Je pense qu'il y a du travail à faire là assez clairement.

Mais est-ce que, pour lui, ça, c'est de nature à faire passer l'augmentation des dépenses de programmes, au niveau où elles sont actuellement, à la moyenne d'augmentation du PIB dont il parlait tout à l'heure ou... et, si c'est le cas, ça veut dire que notre système public est dans un piteux état, c'est dans un piteux état, parce qu'il y a 3 % d'augmentation des dépenses de programmes qui vont à la mauvaise organisation et qui sont directement imputables à la mauvaise organisation et à la mauvaise gestion, ce qui serait un constat assez critique et très sévère pour quelqu'un qui est dans le réseau de la santé depuis longtemps. Mais je reconnais que c'est peut-être le constat que le ministre a fait. Mais, si ce n'est pas le cas, est-ce qu'il y a d'autres outils que vous voulez mettre en place qui vont vous permettre d'atteindre l'objectif? Parce que le comité Castonguay, là, il y a un ensemble de mesures qui ont été proposées, très intéressantes: le paiement par épisode de soins, la mixité de la pratique, entre autres. Est-ce que vous faites un constat très sévère du système public ou vous avez l'intention de mettre d'autres outils en place pour arriver à l'objectif, ou alors vous ne fixez pas d'objectif, puis là, bien, si ça arrive, tant mieux, puis, si ça n'arrive pas, tant pis?

• (15 h 20) •

**M. Bolduc:** Bien, je pense que le député, je pense, a mal compris le rapport Castonguay dans plusieurs ensembles. Ce que le rapport...

**M. Caire:** Je suis prêt à en débattre avec vous n'importe quand. Je suis prêt à en débattre avec vous et avec M. Castonguay présent, si ça vous tente.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. Caire... M. le député de La Peltre, la parole est au ministre, là.

**M. Caire:** Mme la Présidente, on ne peut pas avoir des commentaires qui suscitent un débat, je vous rappelle l'article de notre règlement.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Bien oui... M. le ministre, la parole est à vous, mais...

**M. Bolduc:** Dans le rapport Castonguay, il est clair que, sur sept ans, on veut s'en aller vers une diminution de la croissance des revenus en termes de proportion du PIB et on veut la ramener, à un moment donné, à ce que la croissance des revenus au niveau de la santé soit proportionnelle à celle du PIB. Une meilleure organisation de services, dans n'importe quelle industrie, n'importe quel système, on va vous dire que vous allez chercher 3 % à 5 % de meilleure productivité. C'est possible, mais ça demande des changements, et ces changements-là passent par plusieurs choses. La première chose, ça passe par la réorganisation du travail, ça passe par la pertinence au niveau des soins, ça passe également, O.K.? par une entente avec nos employés et avec les médecins pour voir à faire en sorte qu'on utilise mieux nos ressources actuelles.

M. Castonguay a proposé d'autres venues, dont la mixité. Mais là on va s'entendre: la mixité, quand vous allez dans les systèmes américains ou même les

systèmes européens, puis on peut le voir récemment lorsque j'ai... Là, j'ai pris des décisions par rapport à la clinique d'ophtalmologie. De sortir l'ophtalmologie du CHUM, sortir l'ophtalmologie en clinique privée nous coûtait beaucoup plus cher que de le garder dans le réseau public, et là-dessus, moi, j'abonde dans le sens de l'opposition, où il faut avoir un système public assez protégé dans lequel on va avoir une contribution du privé au niveau de la prestation mais surtout au niveau des fournisseurs. Ça, c'est des éléments que, pour moi, on ne partagera pas la même opinion, parce que, moi, je pense qu'à l'intérieur du système public on peut avoir un système qui est très performant, qui est économique et qui répond très, très bien à la population.

Le principe du ticket modérateur, ça veut dire qu'il y a quelqu'un qui paie à quelque part de toute façon, sauf qu'au lieu de venir de l'argent des impôts... Et puis, en passant, s'il y en a un qui ne veut pas que notre rapport d'impôt ne serve qu'à la santé, je pense que je suis un des défenseurs pour dire que la santé doit avoir sa juste part au niveau du budget du gouvernement, mais il faut également qu'il en laisse pour les autres parce que, le gouvernement, ce n'est pas juste de la santé. Si on veut ça, il faut trouver une autre façon que de charger par en arrière ce qu'on ne veut pas charger par en avant.

Donc, pour moi, la meilleure gestion, c'est un système public, bien géré, dans lequel on peut aller chercher un 3 % à 5 % de productivité par de la meilleure technologie, par l'utilisation différente des gens et également par des projets d'augmentation de performance, dont, entre autres, la tournée des blocs opératoires qu'on a faite, la tournée des urgences qui a été faite au niveau de l'agence de Montréal, avec la méthode «lean». Il y a moyen d'aller chercher de l'amélioration de la productivité au niveau du système. Et, lorsque vous serez allé chercher votre amélioration de productivité, à ce moment-là vous ferez les calculs du coût de système augmenté versus le PIB. Et je suis d'accord avec vous, il y a des éléments aussi qu'il faut tenir compte. La croissance du PIB, ça va dépendre de notre croissance économique, et actuellement je pense qu'on est, pour les deux ou trois prochaines années, dans une période vague, mais que, par la suite, sur sept à 10 ans, on devrait être capable de récupérer.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Bien, je veux rappeler très respectueusement au ministre de la Santé que le rapport Castonguay, que j'ai lu avec beaucoup d'attention, que j'ai commenté et sur lequel Mme Marcotte siégeait et avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger sur le rapport, était assez clair quant à son scepticisme sur la capacité du système public à s'autodiscipliner au point d'aller chercher justement la diminution de l'augmentation dont parle le ministre. M. Castonguay ne partage pas du tout, du tout, du tout, et ni les signataires, parce qu'il y a d'autres signataires à ce rapport-là, et il y a aussi des experts du gouvernement, hein, et du ministère de la Santé, mais aussi du ministère des Finances, qui ont été en soutien à M. Castonguay, là... Donc, ce n'est pas strictement une opinion personnelle que M. Castonguay

a émise à travers son rapport, mais c'est le résultat d'études, de consultations d'experts de tous les niveaux de la santé, mais aussi des finances, de l'administration, de l'administration de la santé. Et tous ces gens-là n'adhèrent pas du tout au constat du ministre qui, par la seule réorganisation du réseau de la santé, pense être capable d'atteindre l'objectif qu'il vient de nous dire qu'il se fixe et auquel j'adhère, soit dit en passant, tout à fait.

Et donc est-ce que le ministre a un calendrier de réalisation qui va nous permettre de suivre la progression de ce qu'il nous avance dans son plan de mise en oeuvre des méthodes dont il parle de façon à ce qu'on puisse faire un audit et que, si on se rend compte que le ministre n'atteint pas ses cibles à court terme, à ce moment-là, est-ce qu'il ne pourrait pas s'engager justement à dire: Bien, écoute, on reverra? Ou alors il va falloir attendre les sept prochaines années pour voir si, oui, effectivement, on a atteint l'objectif ou, non, on ne l'a pas atteint. Parce qu'on a fait ça avec le CHUM, puis, aujourd'hui, on est un peu frileux, là.

**M. Bolduc:** Le CHUM, je ferais remarquer que, le 30 mars, on a annoncé qu'on allait de l'avant avec le projet et que c'est un projet dans lequel on a fait le consensus. Les médecins étaient présents, la FMSQ était présente, la FMOQ était présente, l'AQESSS était présente, le milieu économique de Montréal était présent et le milieu politique de Montréal était présent, et tous ont applaudi la décision.

**M. Caire:** On parle du CHUM 2010, là.

**M. Bolduc:** Oui, on parle du CHUM, on parle du CHUM qui va être construit, un hôpital de classe mondiale.

Pour ce qui s'agit des calendriers, je pense qu'il faut faire des prévisions, mais je sais que le député de La Peltrie voudrait avoir un calendrier qu'à chaque jour puis à chaque semaine on suit des budgets de 26,7 millions. On a le contrôle budgétaire, on suit notre budget à chaque année. À chaque année, il faut faire des prédictions. L'année prochaine, on veut avoir une croissance au niveau gouvernemental de 3,2 %, mais personne actuellement ne peut dire, dans un an ou deux, où on va en être rendus tout simplement parce qu'il y a des facteurs qu'on ne contrôle pas dont, entre autres, le facteur de croissance économique, le contrôle au niveau des coûts des salaires, au niveau du contrôle des coûts des technologies.

Donc, ce serait prétentieux pour n'importe qui de dire: Je vais faire un calendrier au mois près ou à l'année près de ce qui va se faire dans les sept prochaines années. Ce qu'on dit, c'est qu'on a une intention qu'au cours des sept prochaines années on va se rapprocher de plus en plus avec le but d'atteindre un équilibre au niveau de la croissance des coûts de santé par rapport à la croissance du PIB, et, moi, personnellement, je ne suis pas prétentieux au point de dire que je suis capable, avec ma boule de cristal, de dire exactement comment ça va être dans huit mois. Ce qui ne veut pas dire qu'on n'a pas d'objectifs. Mais avoir des objectifs, c'est d'abord d'être réaliste par rapport aux situations. Et des gens qui justement essaient de faire

des prédictions, des liseurs de boule de cristal, il faut s'en passer. Il faut y aller plutôt sur des choses objectives et surtout savoir s'adapter selon l'évolution des marchés et l'évolution de la société d'ici quelques années. Mais il y a un objectif qui est valable et lequel nous partageons tous, c'est qu'un jour la croissance au niveau des coûts de santé devrait être proportionnelle à la croissance du PIB.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci. M. le député de La Peltre, il vous reste à peine 30 secondes. Vous voulez reporter le temps?

**M. Caire:** Bien, non, je vais l'utiliser juste pour dire que je ne demande pas d'avoir un calendrier au jour près. Mais, entre un calendrier au jour près puis pas de calendrier du tout, d'après moi, en bon gestionnaire, on peut trouver quelque chose qui est entre les deux puis qui répond au gros bon sens.

**M. Bolduc:** Pour répondre, c'est que...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Oui, rapidement, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Déjà, le gouvernement a prévu, l'année prochaine, une croissance de 3,2 % de son budget à laquelle on va trouver les éléments du budget de la santé, et la santé n'est pas désincarnée du gouvernement, donc il faut suivre une... il y a une suite logique à avoir.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. le ministre. Nous allons maintenant nous tourner du côté ministériel. Alors, M. le député de Verdun, la parole est à vous.

**M. Gauthrin:** Ah! c'est à moi? Je pensais que c'était mon collègue qui commençait...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Ah! excusez-moi, excusez-moi, excusez-moi.

**M. Gauthrin:** ...et que, moi, je prendrais... Si vous me permettez, s'il reste du temps après l'intervention de mon collègue de Lévis...

**La Présidente (Mme Gonthier):** O.K. Alors, M. le député de Lévis. Je suis désolée.

**M. Gauthrin:** ...ce sera avec plaisir que je poserai une question.

#### Accès à un médecin de famille

**M. Lehouillier:** Merci, Mme la Présidente. Merci, M. le ministre, d'abord d'être ici parce que, moi, je trouve ça drôlement important, une étude de crédits. Puis, en passant, dans une autre vie, j'ai déjà travaillé, comme fonctionnaire, à la préparation des études de crédits. Je sais le travail que ça représente, c'est colossal. Alors, félicitations à toute votre équipe. Et d'ailleurs je reconnais un de mes anciens patrons, M. Daniel Gaudreau. Donc, je pense que vous avez un excellent directeur des

communications. Dans une autre vie aussi, j'ai travaillé avec M. Gaudreau.

Donc, j'ai bien aimé dans votre intervention, M. le ministre, votre intention. Vous avez indiqué qu'il va y avoir une somme supplémentaire de 14 millions, qui est prévue cette année pour le renforcement des services de première ligne, et surtout l'ensemble de ces 14 millions là vont aller à la médecine de famille. Donc, on a 193 groupes de médecine de famille, et le rythme devrait passer à 300 d'ici quatre ans, ce qui est quand même un objectif très louable.

● (15 h 30) ●

Cela étant dit, M. le ministre... Et je pense que d'ailleurs vous avez abordé tout à l'heure la question de la table de concertation sur l'accès aux médecines de famille et aux services de première ligne et vous avez indiqué qu'avec les groupes de médecine de famille, les cliniques-réseaux, il y en a 35 puis il y en a déjà 11 qui sont en voie d'être constitués, ce qui est quand même fort intéressant. Donc, vous avez indiqué votre intention d'en faire votre priorité au cours de votre mandat.

Alors, évidemment, au niveau de la médecine de famille, on peut dire que, malgré tout, de façon générale, la médecine de famille se porte quand même mal au Québec, les étudiants en médecine choisissent souvent la carrière de spécialité, et on se rend compte que le quart de la population québécoise n'a pas encore de médecin de famille. Donc, c'est un constat quand même important à faire par rapport à ça.

Or, une fois ces constats-là faits, quelles sont les pistes qui devraient être explorées justement pour endiguer le problème de l'accès aux médecins de famille, qui est au cœur de votre priorité au cours de la prochaine année?

**M. Bolduc:** Je pense... puis il faut revenir là-dessus, c'est que, la médecine famille, actuellement on a un problème d'accessibilité. Une fois qu'on a un médecin de famille puis qu'on réussit à le voir, on a une excellente qualité au niveau des soins, mais la problématique première, c'est d'abord d'en avoir un. Il y a 20 % à 25 % des Québécois qui sont estimés ne pas avoir de médecin de famille, pour plusieurs raisons. Première raison, c'est qu'on n'a pas eu la croissance du nombre de médecins de famille au cours des années dû au fait qu'il y en a eu de mis à la retraite, et puis, également, il y avait eu une diminution au niveau des admissions. Donc, le premier élément qui est important, ce qui a été fait voilà quelques années, c'est d'augmenter le nombre d'admissions en médecine, et par la suite d'augmenter le nombre d'admissions en médecine de famille.

Deuxième problème qu'on a par rapport à ça, c'est qu'il y avait plus de gens qui demandent d'aller en spécialité que d'aller en médecine de famille. Donc, il faut valoriser la médecine de famille par une meilleure organisation du travail, par des conditions favorables au niveau du travail. Mais également — on fait un choix très précocement dans nos... quand on est étudiant en médecine — il faut que très rapidement... dès le début de la formation, les étudiants doivent être en contact avec des médecins de famille. Donc, on a demandé aux facultés de médecine d'avoir des stages très précoces, dès la première année, avec des médecins de famille pour développer justement la connaissance du milieu, et surtout

avoir des gens qui sont des modèles, et ça, on pense que ça va nous aider à ce qu'il y ait une transformation pour monter... Notre objectif, c'est de monter à 50 % médecins de famille et 50 % spécialité à la graduation.

L'autre élément, c'est qu'en pénurie de médecins de famille il faut, à ce moment-là, améliorer leur travail par le type de travail qu'ils font, et il y a une partie du travail qu'on représente, environ de 15 % à 20 %, qui sont du travail qui peuvent être faits par d'autres professionnels, dont, entre autres, les infirmières. C'est pour ça qu'on encourage les groupes de médecine de famille dans lesquels il y a des infirmières qui travaillent avec des médecins, les déchargent d'une certaine partie de leur travail, qui permet aux médecins d'avoir plus de suivis et de prendre plus de patients.

L'autre élément, c'est également... puis c'est une discussion qu'on a eue avec la table de concertation la semaine dernière, c'est comment on peut faire pour rendre ça plus facile pour le patient de se retrouver dans le système, d'où la mise en place de guichets uniques: si vous n'avez pas de médecin de famille, plutôt que de téléphoner à chacune des cliniques puis vous faire dire non, vous allez téléphoner à un endroit, et là il y a un mécanisme de coordination qui fait que chacun des médecins dans le territoire va prendre des nouveaux patients pour mieux se les répartir.

Donc, une des problématiques qu'on avait, c'est que, si vous étiez le seul médecin de famille à prendre des nouveaux patients, vous étiez submergé. Mais, si on les répartit entre tous les médecins du territoire, à ce moment-là on peut avoir une meilleure accessibilité. Mais, pour atteindre cela, il fallait qu'on fasse un consensus au niveau des différents intervenants, d'où la formation d'une table de concertation, où on a discuté de tous ces points. Chacun a amené également les éléments qui sont importants pour eux autres, les infirmières, les pharmaciens, les spécialistes.

Un des éléments également pour faciliter le travail du médecin omnipraticien, le médecin de famille, c'est de s'organiser pour qu'il ait un accès plus facile aux plateaux techniques, qui sont le laboratoire, l'imagerie médicale et également les spécialistes, et tout le monde se sont entendus pour trouver des nouvelles façons de faire de façon à faciliter l'accès à ces services-là. Les laboratoires, on a fait des gros progrès au Québec avec la mise en place des sans rendez-vous dans tous les CSS. La radiologie, il y a des tables actuellement qui travaillent là-dessus pour améliorer l'accessibilité en radiologie. Et les spécialistes, avec la présence de... la Fédération des médecins spécialistes du Québec va regarder avec nous comment on peut faire pour rendre l'accessibilité en médecine spécialisée plus facile.

Mais ça, ça prend de la concertation. Puis, je tiendrais à insister, ce n'est pas une table pour faire des études, les études ont toutes été faites, c'est une table pour agir. Et puis c'est une table également qu'on s'est entendus que, ce qu'on va pouvoir mettre en place avant septembre, on va le faire et, quand on va arriver en septembre, on va tout simplement dire aux gens que ça, ça a été fait, et on est rendus à une autre étape. Notre objectif d'ici un an: améliorer l'accessibilité des médecins de famille pour la population québécoise.

L'autre élément qui est bien important, c'est que ça va dans un contexte global de réorganisation du

réseau, qui est la création des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau. Et, j'insiste, des cliniques... des groupes de médecine de famille, ça prend un certain temps à se mettre en place, et on ne peut pas en créer 150 par année. Mais, à la vitesse de croisière qu'on a actuellement, c'est-à-dire entre 30 et 40 par année, d'ici quatre ans, l'ensemble de la population québécoise va avoir une couverture par des cliniques... par des groupes de médecine de famille dans chacun des secteurs de la population.

**M. Lehouillier:** Ça, c'est l'objectif de 300, là, qui est... dont vous avez parlé.

**M. Bolduc:** L'objectif de 300. Pourquoi l'objectif de 300? C'est qu'on estime... encore là, il y a eu une mauvaise interprétation, à 300 vous allez avoir 80 % de la population québécoise qui va être suivie par un médecin de famille en GMF, et, l'autre 20 %, il y a toujours une catégorie de médecins qui, eux autres, ne veulent pas pratiquer en groupe de médecine de famille, qui vont continuer à suivre leur clientèle régulièrement mais qui vont être leurs médecins de famille. Mais on espère que, dans quatre ans, on va atteindre la presque totale couverture de la médecine de famille pour les patients du Québec.

Donc, c'est dans cette perspective-là qu'on travaille, et, plus ça va aller, avec les années, hein, dans les quatre années qui vont suivre, vous avez des chances que ce 20 % là, qui sont des médecins plus âgés, qui ont moins d'intérêt à s'en aller en groupe de médecine de famille, vont être remplacés par des jeunes médecins qui, eux autres, vont être intéressés à aller en groupe de médecine de famille. Donc, c'est une progression qui se fait. Et, juste pour vous dire, en l'espace de cinq ans, on est rendus à 193 groupes de médecine de famille, ce qui est assez remarquable, au Québec.

**M. Lehouillier:** Moi, M. le ministre, je vous...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci. M. le député de Lévis, je vous rappelle qu'on s'adresse à la présidence, s'il vous plaît.

**M. Lehouillier:** Ah! O.K., Mme la Présidente, je m'excuse. Alors, Mme la Présidente, tout simplement pour dire que, moi, je suis heureux que M. le ministre ait fait sa priorité numéro un de la formation de ces nouveaux groupes, et je pense que c'est de bon augure pour l'avenir. Merci.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. le député de Lévis. M. le député de Verdon.

#### **Suites données aux recommandations du Groupe de travail sur le financement du système de santé**

**M. Gauthrin:** Je vous remercie, Mme la Présidente. Alors, je vais essayer... M. le ministre, vous avez abordé une question qui a déjà été abordée par notre collègue de La Peltre mais d'une manière tout à fait embryonnaire, et, comme vous l'avez très justement

remarqué, il n'a rien compris d'ailleurs, d'après moi, au rapport Castonguay. Donc, je veux revoir avec vous la question du rapport Castonguay.

Si vous vous rappelez, dans le rapport Castonguay, une des recommandations du groupe de travail consistait à créer un organisme indépendant, un organisme indépendant et crédible dont le mandat serait de définir la couverture publique des soins, et déterminer des indicateurs de performance, et de réviser la liste des médicaments. Vous avez donné... après le rapport Castonguay, vous avez donné un nouveau mandat, actuellement, au Dr Castonguay: de voir comment implanter, en quelque sorte, ces recommandations, et il est arrivé avec la recommandation de créer l'institut national d'excellence en santé et en service social, qui, si je me rappelle bien, était, en question, d'unifier ce qui était l'AETMIS, en quelque sorte, l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, c'était l'AETMIS, et d'unifier ça avec la fusion du Conseil des médicaments.

Alors, moi, je vous pose la question... qui était une recommandation importante et, si on la met de l'avant, qui va nous permettre vraiment d'implanter, en quelque sorte, les recommandations du rapport Castonguay. Quelle est votre intention, suite à ce deuxième rapport Castonguay, quant à l'implantation? Et qu'est-ce que vous comptez faire, actuellement, quant à ce qui me semble, d'après moi, être au cœur même du rapport Castonguay?

**M. Bolduc:** Bien, oui, je pense que, un, c'est une recommandation qui est très intéressante. Pour faire un peu d'historique, c'est qu'au Québec, historiquement, on a deux organisations responsables de l'évaluation et puis également de la couverture au niveau de la qualité, puis de s'assurer que tout est correct. Deux organisations: d'abord le Conseil du médicament, qui s'assure de faire des recommandations par rapport qu'est-ce qui est sur la liste des médicaments et s'assure, à chaque fois qu'un médicament est payé par le gouvernement du Québec, que c'est un médicament qui est efficace et qui également est au meilleur coût. Après ça, on a l'AETMIS, qui est l'Agence d'évaluation des technologies au niveau de la santé, et ça, ça nous permet également de s'assurer que... Même s'il y a une nouvelle technologie, il faut s'assurer que c'est une technologie qui va être utile et également que c'est une technologie qui est au bon coût.

On a développé... Lorsque M. Castonguay a fait son étude, ils sont allés voir dans d'autres pays qu'est-ce qui se faisait, ils ont fait venir des experts, et puis il y avait quelque chose qui ressemblait à ça qui s'appelait NICE, aux États-Unis. NICE, c'est tout simplement la même chose, sauf que c'est regroupé sous un seul chapeau. Par contre, NICE aux... pas aux États-Unis mais en Angleterre, NICE en Angleterre, ce qui est un facteur, c'est seulement pour la santé et ce n'est pas pour les services sociaux. Ça fait que ce qui est dans la recommandation de M. Castonguay, et on va dans son sens, et très bientôt on devrait faire une annonce par rapport à ça, c'est la création de l'INES, qui est l'Institut national en excellence au niveau de la santé.

● (15 h 40) ●

L'INES, ce que ça va faire, ça va regrouper le Conseil du médicament, ça va regrouper l'AETMIS sous un seul chapeau, mais pas seulement que pour la santé,

également pour les services sociaux, ce qui va être unique au monde. On va être les premiers dans le monde à regrouper sous un seul chapeau l'évaluation des niveaux des technologies tant en santé qu'au niveau des services sociaux. Pour nous, c'est un changement majeur parce que l'INES, notre principal conseiller externe, qui est objectif par rapport à l'arrivée des nouvelles technologies de la santé puis également par rapport à l'utilisation des médicaments... et là-dessus, ce qu'on veut, c'est vraiment d'avoir une utilisation optimale des médicaments, c'est-à-dire qu'on veut que le patient qui a besoin d'un médicament puisse le prendre au niveau accessibilité, en termes de coût mais également en termes de disponibilité. Et puis, pour nous, c'est un changement vraiment majeur au niveau du fonctionnement de la question de l'évaluation, au Québec, par rapport à ces technologies-là.

**M. Gauthrin:** Et est-ce qu'on peut attendre de cela...

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député de Verdun, on s'adresse à la présidence aussi. Excusez-moi.

**M. Gauthrin:** Merci, Mme la Présidente. Mme la Présidente, à travers vous j'aimerais poser la question au ministre, si vous me permettez.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Allez-y, allez-y, M. le député de Verdun.

**M. Gauthrin:** Y a-t-il possibilité de voir à ce moment... et vous connaissez actuellement tout le problème qu'on a actuellement avec l'assurance médicaments, etc., d'y voir, dans cette nouvelle manière de fusionner le Conseil du médicament et l'AETMIS, une possibilité de diminuer ou de soulager, en quelque sorte, l'assurance médicaments et l'utilisation, actuellement, du médicament?

**M. Bolduc:** Bien, l'assurance médicaments est déjà réputée comme une assurance qui va bien au Québec. La difficulté qu'on a parfois, c'est comme vous dites, c'est que les gens trouvent qu'il y a une croissance au niveau du coût des médicaments, mais ce n'est pas dû à l'assurance comme l'arrivée des nouvelles technologies au niveau... médicamenteuses, entre autres pour le cancer. Ce que l'on sait actuellement, c'est qu'il y a un plafonnement au niveau du coût des médicaments au niveau du monde entier, parce qu'il y a moins de nouvelles molécules qui se rendent sur le marché, et également on a affaire à une meilleure gestion au niveau de l'utilisation par les patients.

Donc, je vous dirais que le nouvel INES va être un facteur positif par rapport à l'utilisation des médicaments, parce qu'on va certainement avoir des nouvelles recommandations. Par contre, je pense que la tendance actuelle au niveau mondial s'en va vers un plafonnement du coût des médicaments, et puis ça, ça se traduit par... Vous savez, voilà quelques années, l'augmentation du coût des médicaments était d'environ... entre 14 % et 15 % par année, actuellement on est rendus à 8 %, et c'est à la baisse. Donc, j'espère qu'au cours des prochaines années on devrait avoir des bonnes nouvelles.

**M. Gauthrin:** ...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci.

**M. Bolduc:** Juste pour vous donner...

**M. Gauthrin:** ...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Non.

**M. Bolduc:** Juste pour vous donner un exemple, cette année... en 1999-2000 — ma mémoire était quand même assez bonne — le coût de taux de croissance annuelle était de 13,1 % et, pour 2007-2008, notre coût de croissance au niveau des médicaments, écoutez ça, est de 3,9 %. Donc, on a vraiment fait une diminution en termes de croissance du coût des médicaments. Comme je vous disais, c'est suite au fait qu'il y a moins de nouvelles molécules, on a également des produits qui ont été des substituts qui coûtaient moins cher, et puis, également, il faut faire le constat que l'industrie pharmaceutique se rend compte également qu'il faut qu'ils rendent leurs médicaments disponibles.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci. Mme la députée de Trois-Rivières.

#### **Délai d'attente pour une chirurgie**

**Mme St-Amand:** Merci, Mme la Présidente. Alors, M. le ministre, vous savez qu'on entend occasionnellement, dans les médias présentement, des histoires de gens qui racontent que ça a été extrêmement long avant d'avoir accès à une chirurgie. Ça donne une perception qui est... qui nous dit que ça semble très difficile présentement de se faire opérer. Je vous dirais cependant que, dans nos comtés, quand on se promène, on rencontre des gens qui sont vraiment contents, qui nous disent qu'ils ont été... que ça a été rapide, qu'ils ont été bien servis, que le personnel est vraiment impeccable et diligent.

Est-ce que vous pouvez nous faire état présentement d'où on en est par rapport aux chirurgies au Québec?

**M. Bolduc:** Bien, les chirurgies au Québec, tantôt je vous donnais comme exemple, la radio-oncologie puis le traitement du cancer, que c'était un succès. L'autre succès qu'on a actuellement, qui est de façon très marquée prouvé par des chiffres, c'est l'accès au plateau chirurgical et à la chirurgie elle-même: 93 % des patients sont opérés à l'intérieur de six mois et 80 % à l'intérieur de trois mois. Ça, ça exclut tous les patients qui ont besoin d'une chirurgie en urgence, ils sont faits dans les délais très, très rapides, comme à l'intérieur de 24, 48 heures. Mais la chirurgie élective, qui peut attendre, c'est 93 % à l'intérieur de six mois.

Actuellement, également, ce qui est intéressant, c'est qu'on a accès à des données extrêmement fiables. Puis, pour vous donner un exemple, le 1er avril, j'avais accès à toute l'année 2008-2009, qui se terminait le 31 mars, à 8 heures le matin, sur le nombre de patients qui avaient été opérés dans chacun des établissements du Québec, avec le type de chirurgie qu'ils avaient eu. Puis je pourrais même aller le chercher par chirurgien, pas le

nom du chirurgien parce que c'est confidentiel mais par son code. Donc, on sait exactement l'état de situation, en date du 1er avril, de ce qui s'est passé. Ce matin encore, j'ai regardé notre liste d'attente en chirurgie, et la majorité des patients, plus de 90 %, sont opérés à l'intérieur de six mois.

Ce que vous avez décrit, c'est un problème intéressant, c'est que ceux qui, des fois, ont de la difficulté, ils vont se plaindre. Mais, quand vous mesurez et quand vous posez des questions aux 450 000 patients par année qui se font opérer, la majorité, ça a tellement bien été que, pour eux autres, c'est devenu un épisode bénin dans leur vie.

Je vais vous donner un exemple: les gens qui sont opérés pour les cataractes, c'est une opération qui était majeure il y a à peu près 15 ans, qui actuellement est une opération qui se fait en l'espace d'environ 20 à 30 minutes au bloc opératoire et parfois en clinique externe. C'est rendu tellement une technologie qui est facilement disponible, les gens, ça va tellement bien que, souvent vous leur demandez: Puis comment ça a été?, ils vont dire: Ça a été correct, il n'y a pas eu de problème. Mais ceux qui parfois, dans d'autres types de chirurgies, ont tendance à attendre, qui est une minorité, une très faible minorité, eux autres vont aller sur des lignes téléphoniques puis ils vont dire: Moi, ça m'a pris du temps.

L'autre élément, c'est que... ce que je vous dis là, c'est vrai aujourd'hui, mais ce n'était pas vrai voilà cinq ans ou voilà six ans, voilà six ans, il fallait attendre très longtemps avant d'être opéré. C'était très compliqué d'avoir un rendez-vous avec le spécialiste, et les délais étaient extrêmement longs, et la majorité des patients même attendaient plus de six mois, puis jusqu'à un an, puis deux ans, puis trois ans. Et les gens sont restés sur la perception de ce qu'il y avait voilà cinq ans et ont continué à penser comme ça aujourd'hui. Mais ce qu'il faut dire aujourd'hui, puis il faut le dire à la population du Québec: 93 % des gens sont opérés à l'intérieur de six mois. Ceux que ça dépasse six mois, c'est un problème souvent de médecin qui est en surcharge, et actuellement on travaille pour que ces médecins-là puissent partager leurs listes d'attente avec d'autres médecins. Parce que, dans le même groupe, puis, moi, je regarde les listes à chaque semaine, dans le même hôpital, vous avez, un exemple, cinq orthopédistes, il y a quelqu'un qui a une liste d'attente très longue, les quatre autres ont une liste d'attente tout à fait raisonnable, et la seule façon de réussir à opérer à l'intérieur de six mois, c'est que le médecin qui a une liste d'attente très longue partage avec ses collègues. Donc, c'est vraiment, là, un des gros succès qu'on a au Québec, tant au niveau de la chirurgie qu'on a eu au niveau du traitement du cancer.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député des Îles-de-la-Madeleine. Vous avez deux minutes, M. le député des îles.

#### **État de la situation dans le traitement du cancer**

**M. Chevarie:** Merci. Mme la Présidente, il n'y a pas si longtemps, la première cause de décès était les

problématiques reliées aux problèmes cardiovasculaires. Avec le vieillissement de la population, le cancer est devenu une des premières causes. Et bien sûr tout le monde sait qu'un diagnostic de cancer, c'est probablement la plus mauvaise nouvelle qu'une personne peut avoir, et un diagnostic est vraiment un drame en soi. Donc, la rapidité du traitement est extrêmement importante.

M. le ministre, quelle est votre appréciation présentement de la réponse du réseau de la santé et des services sociaux face au diagnostic du cancer et le traitement?

**M. Bolduc:** Bon, elle est excellente, puis vous ouvrez la porte, là, sur quelques éléments intéressants. Il y a eu des articles, en fin de semaine, qui faisaient mention que le cancer, au Québec, était rendu la première cause de décès. Par contre, puis c'était très bien dit dans l'article, la raison pour laquelle les gens décédaient plus du cancer, c'est seulement qu'on a tellement eu de succès au niveau du traitement de la maladie cardiovasculaire que les gens vivent plus vieux, et une des premières causes du cancer, c'est le vieillissement. Donc, autrement dit, c'est triste à dire, le cancer, ce n'est pas une bonne nouvelle, mais c'est dû au fait que l'on vit beaucoup plus longtemps, donc ça nous donne la possibilité d'attraper un cancer.

J'aimerais apporter une petite correction. C'est vrai que c'est une très mauvaise nouvelle d'avoir un cancer, mais je tiendrais à rappeler que 50 % des cancers se guérissent totalement, c'est-à-dire que vous ne mourrez pas de votre cancer. Ça, c'est un succès, au niveau médical, qui est incroyable, que les gens oublient. Voilà 30 ans, lorsque vous aviez un cancer, c'était un diagnostic de «vous allez mourir». Actuellement, 50 % des cancers survivent, c'est-à-dire ne mourront pas de leurs cancers, et l'autre 50 %, un pronostic au niveau de la durée de vie de loin augmenté par rapport à ce qui se faisait voilà 15 ou 20 ans.

Plusieurs raisons. Première chose, c'est qu'on en fait la détection plus précoce par le dépistage. Et, comme je vous ai annoncé tantôt, on va mettre en place un dépistage du cancer colorectal, qui est un des autres cancers que l'on peut prévenir. Déjà, au niveau du cancer du sein, des méthodes de prévention par la mammographie chez la femme entre 50 et 69 ans sans risque et entre 40 et 69 ans avec risque, donc c'est déjà un élément important. Au niveau des cytologies pour le cancer du col, c'est fait sur une base régulière par tous les médecins puis parfois par des infirmières. Donc, on fait de la prévention. On fait également de la promotion. Parce que notre taux de tabagisme a beaucoup diminué, au Québec, au niveau du cancer, le taux de tabagisme a beaucoup baissé, ce qui a amené un taux de diminution au niveau du cancer, parce qu'il y a des facteurs qui sont importants dont, entre autres, la cigarette. Donc ça, c'est des succès qu'on a en termes de prévention-promotion.

● (15 h 50) ●

Maintenant, ce qu'il est important de regarder, c'est quoi, le traitement? Un, c'est qu'actuellement la plupart des gens, 97 % des gens qui ont un diagnostic de cancer, pour la radiothérapie ils vont recevoir leurs traitements à l'intérieur de quatre semaines. Au niveau de la chirurgie également, c'est prioritaire. On entend parler parfois... puis, il faut le donner, c'est des anecdotes, oui,

il y a des cas parfois qui ont été remis pour une raison x, mais souvent ce n'est pas des cancers qui sont nécessairement fulgurants, et c'est des cancers qui peuvent se permettre d'attendre quelques semaines. On trouve ça toujours dommage que ça prenne un peu plus de temps, et ce n'est pas ce qu'on recherche, mais ce qui est important par contre, c'est que, les gens, ça ne joue pas au niveau de leurs pronostics, au niveau de leur durée de vie.

Actuellement, le cancer, au Québec, est un des grands succès tant au niveau de la chirurgie, au niveau de la chimiothérapie et également au niveau de la radiothérapie. J'y apporterais peut-être un autre point pour compléter. Au niveau de la chimio...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Rapidement, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui. Au niveau de la chimiothérapie, on est probablement, au monde, un des endroits qui offre la plus grande disponibilité et accessibilité des médicaments, parce qu'on a une assurance médicaments. Et, lorsqu'on a rencontré les médecins... les autres ministres de la Santé des autres provinces en septembre, eux autres se plaignaient que des médicaments pour le cancer étaient non accessibles à leur population parce que les gens n'avaient pas d'assurance médicaments. Ce qu'ici, au Québec, on n'a pas, parce que toute la population, dès qu'ils ont un cancer et qu'ils ont besoin d'un traitement, ils peuvent être assurés qu'ils vont l'avoir, et ça va être gratuit, ou en tout cas avec un très, très faible montant à payer.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. le ministre. La parole est maintenant au député de Marie-Victorin.

#### Éventail de l'offre des services de santé

**M. Drainville:** Merci, Mme la Présidente. Alors, juste pour... Aux intentions du ministre, là... à l'intention du ministre, la création des GMF, elle a été annoncée en novembre 2002, et, au 31 mars 2003, il y en avait 17 qui étaient créés. Alors, c'est juste un point d'information, je ne veux pas qu'on s'étende là-dessus, j'ai des choses...

**M. Bolduc:** D'accord.

**M. Drainville:** Ça va, merci. Là, Mme la Présidente, le ministre, tout à l'heure, nous a dit qu'il pourrait diminuer les dépenses en santé de 400 millions sans mettre le réseau de la santé dans la misère. Là, Mme la Présidente, on va discuter de sa marge de manoeuvre. Là, il doit nous dire, le ministre, où il peut trouver ces 400 millions et où il va prendre sa marge de manoeuvre. Il évoque la possibilité que les coûts des médicaments diminuent dans les années à venir. Ça, c'est le même ministre, madame... M. le Président, dis-je, c'est le même ministre qui déclarait, en fin de semaine, que c'était une bonne nouvelle que les Québécois consomment beaucoup de médicaments. Là, il va falloir se brancher, là, si on veut diminuer les coûts grâce à une diminution des coûts du médicament, il va falloir qu'on en consomme moins, pas plus, il me semble en tout cas.

Par ailleurs, j'aimerais bien savoir, Mme la Présidente: Est-ce que le ministre envisage de réviser le panier de services qui est offert aux Québécois en matière de santé? Avez-vous l'intention de réviser... de procéder à une révision du panier de services pour justement diminuer les coûts liés au réseau de la santé?

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

**M. Bolduc:** Oui. Bonjour, M. le Président, nouveau président. Un, premièrement, là, je pense que le député de l'opposition, là, il fait juste lire le titre de l'article puis il ne lit pas l'article au complet. Ce que j'ai dit, c'est qu'il fallait être satisfaits au Québec qu'on ait une plus grande consommation de médicaments que dans les autres provinces simplement parce qu'on est la seule province au Québec... au Canada à avoir l'assurance médicaments, et justement nos patients peuvent avoir un accès, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de limitation.

Le plus gros reproche qu'on fait actuellement dans les autres provinces, c'est que les gens n'ont pas le moyen de se payer des médicaments pour le diabète, n'ont pas le moyen de se payer des médicaments pour l'hypertension artérielle, ce qui fait qu'ils sont en sous-consommation. Je suis contre la surconsommation, je suis pour la consommation juste. Et, s'il avait lu ses journaux comme il faut, il aurait vu que, dans l'article de *La Presse*, où était mon article, qu'on parlait de ce que j'avais dit, juste en haut, il y avait un article justement qui venait confirmer ce que j'avais apporté, qui parlait du diabète aux États-Unis, où actuellement les gens n'ont pas d'assurance pour se payer leurs médicaments pour le diabète. Donc, pour un coût habituellement de 900 \$ par année, pour des médicaments diabétiques, les gens ne les prennent pas et ils rentrent aux soins intensifs à des coûts de 10 000 \$ le petit épisode, le court épisode de soins intensifs, qui est 10 fois plus cher, parce qu'ils n'ont pas pris la médication.

Donc, j'aimerais ça apporter un correctif, là, je n'ai pas dit que les gens prenaient trop de médicaments et qu'on devait encourager ça. Ce que j'ai dit, c'est que les gens devaient prendre la juste dose de médicament et les médicaments nécessaires pour leur santé. La conséquence, c'est qu'au Québec, ayant un régime d'assurance médicaments public et privé dans lequel tous les gens sont couverts, à ce moment-là, juste pour continuer, pour un coût augmenté... on est à 963 \$ en moyenne, ailleurs c'est environ 900 \$, pour un coût supplémentaire de 63 \$, toute la population du Québec est traitée, entre autres pour le cancer. Parce que, dans les autres provinces, ils n'ont pas accès à leurs médicaments sur le cancer et ils n'ont pas accès à leurs médicaments sur le diabète.

La question... pour répondre à la question, on n'a pas besoin de couper dans le panier de services. Puis il faut que vous voyez, là, 400 millions, juste pour vous donner un exemple, les coûts au niveau des emprunts... parce que le gouvernement du Québec a un certain endettement, les coûts des intérêts actuellement est très diminué. Au niveau du... on ne peut pas prédire comment ça va être, nos coûts d'intérêt sont diminués, donc on a encore là une marge de manoeuvre qui va nous rendre probablement de l'argent disponible par rapport à notre endettement. On n'a pas l'intention de couper dans

les services. Ce qu'on veut, c'est que les patients reçoivent des services requis médicalement, et, par de l'organisation du travail, par un travail sur la pertinence, par le travail sur la promotion, la prévention de la santé, on croit qu'on va réussir à rééquilibrer notre croissance au niveau de la santé par rapport aux croissances du PIB.

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

**M. Drainville:** Merci. L'Institut national d'excellence en santé, dont vous avez annoncé il y a quelques instants, là, qu'il sera finalement créé, dans le rapport Castonguay on disait que cet institut-là pourrait notamment revoir le panier de services, que ça pourrait être son mandat, son objectif de réviser le panier de services.

Est-ce que vous avez l'intention de demander à l'Institut national d'excellence en santé de réviser le panier de services ou est-ce qu'il n'est pas question de regarder le panier de services, de le réévaluer, de l'examiner? Ça ne fera pas partie des mandats ou est-ce que ça va faire partie du mandat?

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

**M. Bolduc:** L'INES, qui regroupe le Conseil du médicament et l'AETMIS, va faire des recommandations au ministre sur la bonne utilisation des différentes ressources du système, mais actuellement la volonté, c'est que ça va demeurer une décision politique par rapport au panier de services qui est couvert et par rapport aux technologies qui vont être amenées dans notre réseau. Par contre, le ministre se fie sur des organisations expertes, dont l'INES, pour lui faire des recommandations, et l'INES elle-même va chercher les meilleurs experts dans le domaine pour s'assurer que, toute technologie, tout médicament qui est admis comme couverture au Québec, ce soit fait pour du médicament requis.

**M. Drainville:** Actuellement, M. le ministre, en Alberta, par exemple, ils ont décidé de réviser justement le panier de services pour diminuer les coûts de la santé, les coûts du système de santé. Est-ce que c'est un exercice auquel vous pourriez convier le Québec éventuellement, de dire: On a un nouvel institut, et il faut se questionner sur notre capacité de payer les services actuels? Est-ce que c'est quelque chose qui vous intéresse? Est-ce que c'est un questionnement que vous avez? Ou est-ce qu'il n'est pas question dans votre esprit que l'institut ou que le ministère, de façon générale, réévaluent les services auxquels les Québécois ont droit en matière de santé?

**M. Bolduc:** Les Québécois ont le droit aux services qui sont médicalement requis pour les garder en santé. À partir de cette prémisse, on a une organisation qui va s'appeler l'INES qui va me faire des recommandations sur l'utilisation des technologies à venir et également des technologies existantes. Puis je vais vous donner un exemple, juste un exemple comme ça.

Voilà plusieurs années, on avait ce qu'on appelait l'échoencéphalogramme, c'est-à-dire c'étaient des échographies qui étaient faites au niveau de la tête pour des ultrasons. Quand est arrivé les résonances magnétiques

puis est arrivé les CT scan, bien c'est un examen qui est devenu vétuste et désuet et qui n'avait plus sa raison d'être. Donc, à ce niveau-là, l'INES, un de ses rôles, c'est de s'assurer que ce qu'on fait actuellement soit encore pertinent et valable pour l'amélioration de la santé, et les nouvelles technologies vont l'être également. Il n'y a pas d'intention de faire de coupures dans les services que le patient a besoin de recevoir lorsque c'est requis.

#### Tarification de services de santé

**M. Drainville:** Alors, est-ce que vous avez... S'il n'est pas question de diminuer le panier de services, avez-vous l'intention d'imposer des nouveaux tarifs dans le domaine de la santé pour justement aller chercher les revenus qui pourraient vous manquer?

**M. Bolduc:** En date d'aujourd'hui... parce qu'on ne peut pas prédire dans cinq, puis 10 ans, puis 15 ans, comme je ne pourrais pas vous demander qu'est-ce que vous avez l'intention de faire dans 10 ans, en date d'aujourd'hui, on n'a pas d'intention d'avoir de la tarification sur nos différents services.

**M. Drainville:** M. le Président, là, on parle...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Mme la Présidente.

● (16 heures) ●

**M. Drainville:** Ah! vous êtes de retour. Bon. Excusez-moi. Alors, Mme la Présidente, il va falloir trouver, dans les prochains mois... parce que la préparation du prochain budget, comme on le sait, elle commence pratiquement dans les mois qui suivent le dépôt du budget. Il faut recommencer à réfléchir au prochain budget, là. Là, c'est clair, il va falloir compiler les dépenses du gouvernement pour les ramener à 3,2 %. Ce qui est clair, dans les réponses du ministre jusqu'à maintenant, c'est que le ministère de la Santé ne doit pas s'attendre à avoir une augmentation de 6 % de ses dépenses l'an prochain. On a invoqué l'hypothèse de 4,5 %. Le ministre nous a dit: 300 millions, ça ne nous mettra pas dans la misère; un autre 100 millions pour mettre fin au déficit d'exploitation, ça non plus, si ça se trouve. Le gouvernement annonce également une nouvelle politique de tarification.

Est-ce que le ministre peut nous dire, Mme la Présidente, est-ce que le ministre peut nous dire s'il est envisageable que de nouveaux tarifs voient le jour dans le système de santé et que ces nouveaux tarifs voient le jour dans les 12 prochains mois, puisque c'est bien dans les 12 prochains mois qu'il faudra déposer le nouveau budget?

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui. Mme la Présidente, le député, il ne comprend pas comment ça fonctionne, le budget, puis il comprend encore moins comment fonctionne la santé, puis ça, je trouve ça dommage parce qu'il est juste sur le côté financier. Mais ce qu'il faut comprendre, c'est qu'un système de santé, c'est d'abord fait pour des patients auxquels on offre des services, auquel sont rattachées des ressources pour lesquelles on a un coût, premièrement.

Deuxièmement, depuis 20 ans que je suis dans le système de santé, à chaque année, c'est les marges de manoeuvre dans lesquelles on navigue, les 250, 300, 400 millions de dollars, sur un budget de 26 milliards. C'est 1 % ou 2 % du budget global de la santé. Il y a toujours moyen de s'organiser. Et il y a des facteurs, dont, entre autres, le taux d'inflation, le taux d'intérêt, les nouvelles technologies, qui font que, d'une année à l'autre, on est relativement en équilibre.

À sa question: Est-ce que, d'ici 12 mois, on prévoit qu'il va y avoir de la tarification? En date d'aujourd'hui, il n'y a pas d'intention d'avoir des nouvelles tarifications. Et puis, même, on va vous donner un exemple, on va annoncer prochainement la FIV, qu'on a décidé de rendre un service public, la fécondation in vitro, qui va devenir un service qui va être rémunéré par le gouvernement, tel qu'on avait annoncé en campagne électorale.

Donc, c'est juste pour dire au député que, quand on calcule comme il faut puis quand on sait les services qui doivent être donnés, notre réseau a une marge de manoeuvre pour s'autogérer.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député de Marie-Victorin.

#### Facturation des frais accessoires

**M. Drainville:** Bon. Alors, là, on est rendus à 430 millions, parce que, la procréation assistée, on calcule que c'est autour de 30 à 35 millions que ça va coûter, donc il va falloir trouver un autre 30 ou 35 millions pour payer pour ce nouveau service, qui va être financé publiquement, auxquels s'ajoutent les 400 millions que vous dites pouvoir trouver sans mettre le réseau de la santé dans la misère. Moi, Mme la Présidente, je veux bien, là, mais les millions, ils ne poussent pas dans les arbres au Québec, là. Puis, à un moment donné, il va falloir que le ministre nous dise où est-ce qu'il entend trouver cet argent-là et où est-ce qu'il va la dégager, sa marge de manoeuvre, où est-ce qu'il va la trouver, sa marge de manoeuvre. Il nous dit: Il n'est pas question de réduire le panier de services; il n'est pas question pour le moment, en date d'aujourd'hui... Il nous le répète, hein? On a compris, en date d'aujourd'hui, ça ne veut pas dire que, demain, il n'y pensera pas, mais, pour le moment, il ne pense pas augmenter les tarifs.

Alors, je lui pose la question. Il a entre les mains un rapport sur les frais accessoires, le *Comité de travail sur les frais accessoires*, qui a été présenté à son prédécesseur, qui suggérait notamment l'augmentation de frais accessoires pour les pansements dans les cliniques médicales. Est-ce que cette possibilité existe? Est-ce qu'on pourrait décider que certains frais qui ne sont pas facturés aux patients actuellement le soient à l'avenir, en vertu justement des recommandations de ce comité de travail que son prédécesseur avait créé? Est-ce que les frais accessoires pourraient être augmentés ou de nouveaux frais accessoires créés?

**M. Bolduc:** Là, Mme la Présidente, on mélange des dossiers qui sont complètement différents. Les frais accessoires, c'est des frais que le professionnel peut charger qui ne sont pas couverts par la RAMQ, et ça n'a

rien à voir avec une augmentation pour augmenter nos revenus. En passant, je suis très content que les Québécois m'aient comme ministre de la Santé parce que, si c'était le député de l'opposition qui serait ministre de la Santé, un, il a de la difficulté à mettre qu'est-ce qui coûte de l'argent puis où vont les dépenses. C'est deux dossiers complètement différents. Et il n'a jamais été question que, comme gouvernement...

**M. Drainville:** Mme la Présidente, un rappel au règlement.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Oui.

**M. Drainville:** Un rappel au règlement. Je l'ai laissé aller, là, deux, trois fois, là, puis, je veux dire, je n'en ferai pas un plat, là, mais, s'il veut que nos discussions se déroulent dans une atmosphère de respect mutuel, je pense que ce serait le minimum de respecter les interventions de ses collègues autour, y compris les miennes, et, s'il veut mettre en doute mes compétences dans le dossier, je l'inviterais à faire preuve d'un petit peu de retenue et de laisser les concitoyens, nos concitoyens québécois, être les juges de cela. S'il vous plaît, restez sur le fond...

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député...

**M. Drainville:** ...et laissez faire le reste.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Monsieur...

**M. Drainville:** On peut-u rester sur le fond? Hein?

**La Présidente (Mme Gonthier):** Oui, je pense que vous avez fait votre point, M. le député de Marie-Victorin. Je vais...

**M. Gauthrin:** Mme la Présidente, je voudrais simplement rappeler à mon collègue député, avec toute... que je peux avoir pour lui, qu'il doit s'adresser à la présidence et non pas directement au ministre.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Voilà. Voilà. Alors, si vous vous adressez tous à la présidence, vous allez voir, ça va très bien aller. Alors, M. le ministre, la parole est à vous.

**M. Bolduc:** Mon point est très simple, c'est: je ne vois pas comment on peut mélanger des frais accessoires qui sont chargés par le professionnel, sur le contraire... sur lequel... au contraire nous aimons avoir un certain contrôle pour ne pas qu'il y ait d'abus, versus un problème budgétaire d'un gouvernement qui lui estime à 300 millions de dollars, et que, moi, je dis qu'à l'intérieur de nos balises budgétaires de 26,7 milliards de dollars il y a des marges de manoeuvre dans lesquelles un 300 millions de dollars, c'est facilement jouable, point.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci. Alors, M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** D'abord, sur les frais accessoires, que ce soit un tarif ou un frais accessoire, ça sort de la

poche du contribuable. S'il veut savoir c'est quoi, le lien entre les deux, là, c'est ça, le lien: c'est que ça sort de la même poche, c'est-à-dire celle du contribuable. Si vous augmentez les frais accessoires, à ce moment-là, vous n'êtes pas obligé d'en donner autant pour la composante technique qui va au cabinet. Comme vous le savez, M. le ministre, puisque vous avez été médecin de famille vous-même, dans l'honoraire qui est versé au médecin de famille, il y a une partie pour sa rémunération comme médecin et il y a une partie également, lorsqu'il est en cabinet, qui sert à payer son loyer, ses frais administratifs; ça s'appelle la composante technique qui est versée au médecin qui est en cabinet. Si vous augmentez la part du contribuable, du patient lorsqu'il se présente en cabinet médical en lui faisant payer, par exemple, ses pansements, vous pourriez déduire d'autant le versement pour la composante technique qui provient de la RAMQ. Donc, ça pourrait être une façon effectivement pour vous d'augmenter les revenus ou, à tout le moins, de diminuer vos dépenses. C'est là qu'est le lien. Mais, si je comprends bien, pour le moment, il n'est pas question d'augmenter la contribution du patient, comme le recommande le rapport que vous avez entre les mains. Est-ce que j'ai bien compris ou est-ce que j'ai mal compris à nouveau?

**M. Bolduc:** Présentement, il n'est pas question d'augmenter la contribution du patient. Juste pour bien l'expliquer, vous avez partiellement raison et partiellement tort. C'est qu'actuellement il y a des frais qui sont couverts par la RAMQ dont, entre autres, la consultation et le fait de faire un acte. Mais il y a des choses qui ne sont pas couvertes dont, entre autres, le coût du pansement, et actuellement ce n'est pas couvert par la RAMQ et les médecins peuvent le charger s'ils font des pansements. C'est pour ça que je vous dis que ça n'a pas de rapport entre les deux. C'est déjà comme ça actuellement, puis là c'est le praticien qui était en bureau jusqu'à tout récemment qui peut vous le dire.

**M. Drainville:** Bien, si c'est déjà le cas, je ne sais pas pourquoi le comité le recommandait, là. Mais, bon, on pourra en discuter un autre moment donné. Mais vous êtes au courant, monsieur... Mme la Présidente, merci. Le ministre est au courant de l'existence de ce rapport, *Comité de travail sur les frais accessoires*, oui ou non?

**M. Bolduc:** Oui, mais c'est des rapports que les gens nous font...

**M. Drainville:** Oui.

**M. Bolduc:** ...mais ça ne veut pas dire qu'on va aller dans le sens qu'eux autres font les recommandations, dont, entre autres, par rapport aux frais accessoires, actuellement au Québec, ce qu'il faut surtout, c'est de s'organiser pour que le patient ne paie pas plus que ce qui est nécessaire.

#### Réforme des structures administratives

**M. Drainville:** Bon. Alors, il me reste trois minutes. En résumé, pour le moment, il n'est pas question de

diminuer les services, on pense même à les augmenter avec la procréation assistée. Il n'est pas question d'augmenter les tarifs non plus et il n'est pas question de la contribution individuelle du patient lorsqu'il se présente en cabinet médical. Alors, laissez-moi poser la question, Mme la Présidente.

Dans son rapport, la présidente du Conseil du trésor dit qu'il faut revoir la gouvernance du réseau de la santé. Elle parle d'un examen qui portera, et je la cite, qui «portera sur le rôle des différentes structures administratives qui oeuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux. «Le degré d'autonomie de ces instances, les règles d'imputabilité qui les gouvernent ainsi que l'efficacité...» Alors, est-ce que, Mme la Présidente, les revenus supplémentaires ou la diminution des dépenses pourraient provenir d'une réforme des structures dans le domaine de la santé, comme le souhaite la présidente du Conseil du trésor dans le message qu'elle a déposé dans le cadre du dernier budget, le budget, là, qui date de seulement quelques jours? Est-ce que le Québec doit se préparer à une réforme de ses structures administratives en matière de santé et services sociaux?

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, je ne sais pas quoi répondre, sauf de dire qu'on l'a faite voilà quatre ans, la réforme des... au niveau des... Quand on a fait la fusion des CSS, c'est la réforme qui a été faite: fusion des CHSLD, fusion des CH et fusion des CLSC. Et actuellement les gains qu'on fait au niveau du réseau de la santé, c'est dû à cette réforme. Et puis, en termes de consolidation au niveau du réseau de la santé, il n'y a pas de grosse réforme au niveau des structures, elle a été faite, c'est l'intégration qui a été faite voilà quatre ans dans laquelle actuellement on va chercher tous les gains, et, s'il y a des transformations... puis ce que vous parlez comme rapport, c'est au niveau de la gouvernance, et ça a été demandé par l'AQESSS, que les conseils d'administration soient revus pour être plus allégés, puis également avoir plus d'impartialité au niveau des conseils d'administration. Donc, ça n'a rien à voir avec une restructuration pour faire des économies. Par contre, on va en chercher, des économies actuellement parce que la fusion des établissements fait qu'on a retrouvé... On a un directeur général au lieu d'en avoir trois, il y a une direction des soins infirmiers au lieu d'en avoir trois, il y a un directeur des services professionnels au lieu d'en avoir deux.

Donc, la réforme qui a été entreprise par mon prédécesseur il y a quatre ans nous amène actuellement à des gains significatifs. Donc, il n'y a pas de nouvelle réforme, c'est des réformes du passé qui sont actualisées et qui nous donnent des gains qui, en passant... Je l'ai dit, il y a eu trois grandes réformes au Québec dans les 20 dernières années: le virage ambulatoire, la fusion des CSS et la loi n° 90 qui est le partage des actes entre les professionnels. Donc, il n'y a rien à faire de plus dans le futur, sauf de consolider le réseau tel qu'il a été pensé il y a quatre ans.

● (16 h 10) ●

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci.

**M. Drainville:** O.K. Mais, quand...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Il vous reste à peine 30 secondes, monsieur.

**M. Drainville:** Quand la présidente du Conseil du trésor écrit... dans son message de la présidente du Conseil du trésor, elle écrit: «Avec l'appui de mes collègues, je procèderai en 2009-2010 à une revue de la gouvernance dans la fonction publique ainsi que dans les réseaux de la santé et des services sociaux [...]. Cet examen portera sur le rôle des différentes structures administratives qui y oeuvrent,» les différentes instances. Elle parle pour ne rien dire, c'est ça?

**M. Bolduc:** Non, ce n'est pas ça, c'est qu'on revoit les conseils d'administration. Puis, quand vous parlez d'efficacité, c'est ce qu'on est en train de faire avec les projets d'organisation du travail, les projets «lean» dans les blocs opératoires, les projets de visites au niveau des urgences par la FMSQ puis la FMOQ, les blocs opératoires, mais également toute la question des urgences. C'est des choses qui se font déjà qui vont donner plus de résultats au cours des prochains mois puis des prochaines années, qui est très conforme à ce qu'on dit depuis déjà plusieurs mois. Donc, pour nous, il n'y a pas rien de nouveau là-dedans.

Et ce qu'elle dit également, c'est qu'on va avoir une meilleure gestion parce qu'on... avec une gestion rigoureuse. Et le 1 % ou 2 % que vous parlez, comme de fait, il y a des gains dans ce qui a été annoncé depuis trois à quatre ans parce qu'à chaque année on améliore la gestion du réseau à cause qu'on a fait l'intégration des structures.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. le ministre.

**M. Bolduc:** C'est une excellente idée.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. le ministre. Je céderais maintenant la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

### Mise en oeuvre du plan d'action en santé mentale

**M. Chevarie:** Merci. Mme la Présidente, on sait qu'il y a beaucoup de personnes en société qui vivent avec des problématiques de santé mentale. Et, en juin 2005, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — La force des liens*, fut rendu public. Pouvez-vous nous dire où vous en êtes rendu avec la mise en oeuvre de ce plan d'action en santé mentale?

**M. Bolduc:** Dans un premier temps, le Plan d'action en santé mentale, ce qu'il prévoyait, c'est de prendre une orientation première ligne. La santé mentale, historiquement, c'étaient des soins spécialisés qui se faisaient beaucoup dans les hôpitaux, et puis ce qu'on veut, c'est ramener les soins dans la communauté, donc il y a une grande orientation par rapport à l'utilisation des ressources communautaires, également de s'organiser pour que la santé mentale se fasse plus près du domicile des gens, donc en première ligne.

Deuxièmement, on veut garder la deuxième ligne pour des services ultraspecialisés. Donc, encore là,

il faut vraiment que les gens aient passé par la première ligne avant d'avoir accès à leur deuxième ligne. Si on met de l'insistance sur un meilleur suivi intensif des grands malades en santé mentale par des professionnels compétents, faire également une meilleure organisation de services, l'utilisation des médications adéquates et surtout un suivi social très près du patient, à ce moment-là on va diminuer l'utilisation des ressources spécialisées et l'hospitalisation. Ça fait que c'est le grand sens un peu de notre plan d'action 2005-2010 en santé mentale.

**M. Chevarie:** Merci.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Mme la députée de Trois-Rivières.

### Mesures de prévention du suicide

**Mme St-Amand:** Merci, Mme la Présidente. Au Québec, les données statistiques présentement nous donnent un taux de suicide... mais il meurt plus de gens par suicide, par année, au Québec, qu'il en meurt par accident d'automobile ou par tout autre traumatisme. C'est autour de 1 200 par année, le nombre de suicides. C'est une maladie... c'est un événement, ce n'est pas une maladie, mais c'est un événement qui frappe surtout les hommes en bas âge, en majorité. On sait que les femmes font plus d'essais. Par contre, les hommes réussissent plus souvent leur suicide. Comme coroner, j'ai également eu à investiguer de nombreuses fois, et ce sont toujours des drames humains, et c'est quelque chose qu'on doit faire dans la société pour pouvoir palier à cela.

**M. Bolduc:** Bon. Un, le suicide, c'est un drame humain, puis je peux vous dire que... les gens ne s'en rendent peut-être pas compte, mais il meurt plus de gens par suicide, par année, au Québec, qu'il en meurt par accident d'automobile ou par tout autre traumatisme. C'est autour de 1 200 par année, le nombre de suicides. C'est une maladie... c'est un événement, ce n'est pas une maladie, mais c'est un événement qui frappe surtout les hommes en bas âge, en majorité. On sait que les femmes font plus d'essais. Par contre, les hommes réussissent plus souvent leur suicide. Comme coroner, j'ai également eu à investiguer de nombreuses fois, et ce sont toujours des drames humains, et c'est quelque chose qu'on doit faire dans la société pour pouvoir palier à cela.

Ce qui a été fait, d'abord, il y a eu des lignes de créées, au Québec, où les gens peuvent appeler en cas de détresse. Ce qu'on veut également, c'est que, dès que quelqu'un démontre un signe de détresse au niveau de la santé mentale, qu'on puisse avoir un meilleur accès aux soins de première ligne et également au niveau des ressources communautaires...spécialisées. Et l'objectif du plan 2005—2010, c'est justement de pouvoir se dégager des ressources spécialisées pour pouvoir agir le plus rapidement possible.

Également, aucun besoin de vous dire que ça a beaucoup rapport avec la détresse psychologique qu'on vit dans notre société. Donc, toute mesure qui, au niveau de la société, nous permet d'avoir un meilleur état mental, soit l'emploi, des ressources également pour aider les gens lorsqu'ils sont en difficultés maritales, parce que les séparations, c'est une des premières causes de suicide, c'est toutes des ressources qui sont importantes, mais ça, c'est des ressources communautaires qu'on a besoin de mettre en place.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Mme la députée de Trois-Rivières, oui.

**Mme St-Amand:** S'il vous plaît. Malgré les actions que vous venez de nous énumérer, M. le ministre, le Québec continue toujours à présenter le taux de suicide le plus élevé au Canada et se situe dans le peloton de tête au niveau international, particulièrement, vous l'avez dit tout à l'heure, particulièrement au niveau des suicides masculins. Est-ce qu'on a des moyens ciblés qui pourront nous apporter des résultats concrets?

**M. Bolduc:** Bien, je vais vous donner quatre mesures. Les actions en prévention du suicide se sont concrétisées par quatre mesures principales, puis je vais vous les nommer. D'abord, c'est le début de la constitution de réseaux de sentinelles pour la population d'adultes et de jeunes, et plus particulièrement pour ceux-ci par le biais de la Stratégie d'action jeunesse. On a le déploiement complet des équipes de deuxième niveau aux centres jeunesse. Troisièmement, c'est le début de l'implantation du suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé. Et, quatrième, le financement de 12 projets d'intervention visant des hommes à haut risque suicidaire. C'est les quatre interventions qu'on est en train de mettre en place. Comme vous dites, la clientèle cible principale, ce sont les jeunes hommes qui, dans un moment impulsif, vont commettre l'acte du suicide.

**Mme St-Amand:** Merci, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député des Îles.

### Évaluation de la performance des centres de santé et de services sociaux

**M. Chevarie:** Oui. J'aimerais revenir, Mme la Présidente, sur la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. On sait qu'en 2004 il y a eu une vaste réorganisation. La venue des CSSS, un gros projet de rationalisation, fusion d'établissements, CLSC, centres hospitaliers, CHSLD, création de 95 CSSS à travers la province, avec des responsabilités populationnelles et un mandat de coordination du réseau de services sur le territoire. J'aimerais avoir votre point de vue, M. le ministre, sur votre degré de satisfaction de la performance des CSSS. Et est-ce qu'ils ont répondu aux attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux?

**M. Bolduc:** Comme je disais il y a quelques minutes, il y a eu trois grandes transformations dans les 20 dernières années dans le réseau de la santé. La première a été le virage ambulatoire qu'on a vécu dans les années quatre-vingt-dix.

La deuxième qui, pour moi, est probablement ce qui est le plus structurant au niveau du réseau de la santé, ça a été la fusion de trois structures, c'est-à-dire les centres hospitaliers, les CLSC et les CHSLD en une seule organisation qui s'appelle le CSS. Ce qu'on voit actuellement, c'est que ça a été la stratégie la plus intéressante et la plus rentable en termes de qualité de soins pour les patients et également, au niveau économique, ça a fait tout son sens.

Et le principe qu'il y a en arrière de ça... Il y en a deux. Le premier principe, c'est: pour chaque territoire

de population naturelle, on a une seule organisation intégrée qui élimine les silos entre chacune des organisations. Et deuxièmement, c'est la hiérarchisation des services qui nous permet, à l'intérieur de la même organisation, d'avoir la première ligne, la deuxième ligne et souvent la troisième ligne. Donc, pour nous, c'est vraiment cette intégration-là qui nous permet de mieux fonctionner.

Juste pour vous donner un exemple de ce que ça représentait auparavant, c'est qu'à toutes les fois qu'on avait besoin de prendre une décision par rapport aux populations, il fallait réunir les gens de l'hôpital et également les gens du CLSC, et souvent, on ne se le cachera pas, il y avait des incompatibilités à plusieurs niveaux parce que chacun défendait toujours son territoire. Une fois qu'on a eu intégré, après quelques années, puis on en est rendus là aujourd'hui, actuellement c'est une seule équipe de direction et c'est une seule équipe au niveau des soins qui prend en charge toute la population. Et, en termes de continuité de services, on a eu des améliorations strictement remarquables. Au lieu de faire des comités, maintenant c'est l'équipe de direction qui prend des décisions et qui peut travailler avec les membres sur le terrain pour pouvoir les appliquer.

En termes de coûts, parce qu'on en parlait tantôt en termes de coûts, on a des économies qui sont substantielles parce que, où il y avait trois organisations avec trois directeurs généraux et trois équipes de direction, on s'est retrouvés avec une seule équipe de direction à laquelle souvent on joignait seulement qu'un... un autre directeur nouveau, qui était le directeur de première ligne. Également, ça nous a permis, au niveau de la continuité des services, de transférer beaucoup plus facilement vers la première ligne des services qui étaient en deuxième ou troisième ligne au niveau des établissements.

● (16 h 20) ●

Ce qu'on fait comme constat actuellement, puis ça, il va falloir se pencher là-dessus, il y a eu quelques exceptions de faites au Québec par rapport aux établissements régionaux, et on sait actuellement que les établissements régionaux qui ont été intégrés ont des résultats supérieurs aux établissements qui n'ont pas été intégrés. Donc, il va y avoir peut-être des décisions à prendre...il faut savoir si on ne complètera pas cette structure-là qui serait mineure, mais ça nous permettrait, au Québec, d'avoir une structure vraiment, je vous dirais, un modèle de fonctionnement qui serait idéal.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député des Îles.

#### **Budget des centres locaux de services communautaires**

**M. Chevarie:** Bien, peut-être une question complémentaire. Évidemment, avant le début de cette vaste réorganisation, les CLSC étaient inquiets par rapport à... et j'étais parmi le réseau des CLSC avant 2004, et on s'inquiétait de la protection des budgets en CLSC. J'aimerais vous entendre là-dessus, suite à la fusion de ces établissements-là.

**M. Bolduc:** Bien, je vais vous faire une fleur parce que vous avez été D.G. au CSS des Îles-de-la-Madeleine et vous avez été dans les premiers à intégrer, pour la même population, les trois missions, et c'est suite à cette intégration-là dans la région qu'on s'est rendu compte que c'était un modèle qui était plus efficace en termes de services et en termes de coûts, et c'est un modèle que, par la suite, on a diffusé partout au Québec.

Et puis la question des budgets est une grosse inquiétude, c'est l'inquiétude du plus petit qui va se faire manger par le plus gros. Et, dans un premier temps, lorsqu'il y a eu la réforme, il y a eu une certaine protection des budgets, parce qu'on est capables de mesurer, avec les allocations budgétaires, l'argent qui va dans chacun des secteurs, soit en première ligne, en soins hospitaliers. On peut également savoir combien il y a d'argent qui est mis dans un bloc opératoire, combien d'argent est mis dans un secteur de troisième ligne. Et ce qu'on a fait attention, c'est de préserver les budgets de première ligne.

Et je dois vous avouer qu'actuellement la tendance est inverse, c'est: quand vous mesurez, vous vous rendez compte qu'il y a eu de l'argent qui a été pris à même les ressources de deuxième et de troisième ligne, par exemple en santé mentale, qu'on a transféré par la première ligne, tout simplement parce que, lorsqu'on a une première ligne qui est très forte, ça diminue la pression sur la deuxième et troisième lignes et ça nous fait faire des économies en termes de ressources et également au niveau de l'énergie que l'établissement met à ce niveau-là.

Donc, je vous dirais que jusqu'à date les constats ne sont que positifs et je ne connais pas un établissement qui reviendrait en arrière. Mais, pour faire ça, ça a pris... pour certains établissements, ça fait 10 ans que ça a été fait, mais la grande réforme a eu lieu voilà quatre ans, où on a intégré tous les établissements du Québec sur ce modèle-là.

**M. Chevarie:** Merci.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci. M. le député de Lévis.

#### **Informatisation du réseau**

**M. Lehouillier:** Oui. Alors, Mme la Présidente, donc, tout à l'heure, en réponse à une question du député de Marie-Victorin, vous avez indiqué qu'il était difficile d'échafauder des hypothèses sur une augmentation éventuelle des coûts de la santé, puisqu'évidemment il y a plusieurs variables: l'inflation, le coût des médicaments, etc. Et vous avez indiqué d'ailleurs, à cet égard, dans l'introduction de votre présentation, qu'il existe aussi, au-delà de tout ça, un important potentiel d'amélioration de la productivité et de l'efficacité, et ça, je pense que c'est quand même quelque chose de drôlement important, puisque nous-mêmes — et je donne cet exemple-là parce que les systèmes informatiques peuvent nous permettre des bonds de géant qui permettent de sauver des coûts — à l'Hôtel-Dieu de Lévis, par exemple, dans mon propre comté, l'Hôtel-Dieu de Lévis a installé, a implanté un

système informatique haute performance qui lui permet d'être relié directement avec les ambulanciers. Alors, dès qu'un malade arrive, est recueilli en ambulance, il est automatiquement branché à l'Hôtel-Dieu de Lévis à distance, ce qui permet d'acheminer le patient au bon endroit immédiatement. Alors, au lieu de l'amener à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, alors, selon la problématique du patient, on peut l'acheminer directement au bon centre, ce qui permet, un, de sauver des coûts, et de sauver des vies.

Alors donc, j'aimerais ça, M. le ministre, Mme la Présidente, j'aimerais ça vous entendre sur les façons d'augmenter la productivité du système au niveau, entre autres, de l'informatisation du réseau de santé. Quel est l'état d'avancement dans l'informatisation, notamment avec le Dossier de santé Québec? Et je sais que la table de concertation, les trois groupes de travail, il y en a un, entre autres, qui porte justement sur l'organisation des soins et des ressources. Donc, j'aimerais ça peut-être vous entendre sur l'informatisation des réseaux et justement des coûts qu'on pourrait sauver par rapport à l'évolution de cette informatisation-là.

**M. Bolduc:** Merci de la question. Mme la Présidente, l'informatisation, c'est un de mes dadas, puis je suis un de ceux qui croient à 100 % que notre réseau doit s'en aller de plus en plus vers des outils informatiques de plus en plus perfectionnés. Un, on a tendance à penser que, dans le réseau, c'est comme s'il n'y en avait pas, mais, je peux vous dire, depuis 15 ans, le réseau s'est informatisé à une grande vitesse à plusieurs niveaux. Premièrement, pour clarifier ça, c'est que tous les systèmes administratifs du réseau de la santé actuellement sont informatisés. Tous les laboratoires du réseau sont informatisés à 100 %, ce qui n'était pas le cas voilà 10 ans. Au niveau de la radiologie, actuellement, on a pratiquement tous les établissements qui ont fini d'être informatisés sous la forme qu'on appelle un PACS, c'est-à-dire qu'il n'existe plus de films radiologiques, style un film que vous mettez sur un écran, mais maintenant c'est tout lu à l'écran de l'ordinateur et ce sont toutes des images numérisées. Ce que ça nous permet, c'est que, si vous êtes dans un établissement et que vous n'avez pas de radiologiste sur place, à deux heures du matin, vous pouvez transférer l'image dans un autre établissement qui va être lue par un radiologiste qui pourrait être... En exemple, si vous êtes à Sept-Îles, vous transférez votre examen à Granby ou encore à Sherbrooke, il y a quelqu'un qui va vous le lire, actuellement.

Le système informatique dans le réseau de la santé est très présent, mais il nous reste encore du travail à faire. Et c'est un des outils technologiques qui va nous permettre d'augmenter notre productivité, tant au niveau du hardware, la quincaillerie, qu'au niveau du software, c'est-à-dire les logiciels.

Il y a trois grands niveaux actuellement sur lesquels on travaille. Le premier niveau, c'est le Dossier santé Québec, qui est un projet qui était annoncé et puis qui est financé avec Inforoute Canada, et actuellement c'est un projet qui est en développement et puis qui va relativement bien. On espère, d'ici 2010-2011, d'avoir une bonne partie du réseau qui puisse être accessible au niveau du Dossier santé Québec. Quatre éléments dans

le Dossier santé Québec: les médicaments, les laboratoires, la radiologie et l'histoire du patient, surtout au niveau des allergies.

Le Dossier santé Québec, c'est une plateforme qui va être disponible à l'ensemble du réseau, mais il y a deux autres couches qui sont importantes dans lesquelles on va mettre beaucoup d'énergie au cours de la prochaine année: le dossier clinique informatisé de l'établissement. Le dossier clinique informatisé de l'établissement, ça, ça veut dire qu'on a des systèmes intégrés... puis un exemple, au CHUM, vous avez un système intégré. Vous avez Pierre-Boucher qui a un système intégré. On a le CUSM qui a un système intégré. Sherbrooke a un système intégré. Il y a à peu près une dizaine d'hôpitaux au Québec qui ont des systèmes intégrés au niveau de cliniques, qui permettent de consulter le dossier du patient à l'ordinateur, qui permettent d'avoir accès aux informations du patient par le clinicien sur l'ordinateur. Ça, c'est quelque chose qu'on aimerait, d'ici quelques années — quand on parle de quelques années, d'ici un à trois ans — généraliser dans le réseau, de façon à ce que, dans quatre ans, tous les établissements de santé du Québec soient informatisés à ce niveau-là.

Troisième niveau, c'est le dossier clinique informatisé en bureau. Ça, ça veut dire que, quand vous avez un groupe de médecine de famille... à ce moment-là, qu'est-ce qui se passe, c'est qu'on fournit toute l'informatisation dans le bureau du médecin. Un exemple: moi, j'étais en groupe de médecine de famille depuis 2004. Bien, je pouvais accéder au laboratoire directement dans mon bureau sans avoir nécessairement le papier. Je pouvais également faire mes prescriptions par ordinateur, puis 100 % de mes prescriptions, personnellement, étaient faites par ordinateur de façon à avoir une écriture qui est plus lisible que la mienne, personnelle.

Ça, c'est les trois niveaux dans lesquels on travaille actuellement et ce n'est pas un qui va attendre l'autre. Il faut qu'on continue la mise en place du DSQ. Il faut qu'en même temps on informatise les établissements de santé parce que, pour que le DSQ puisse avoir de l'information, il faut que nos établissements de santé soient capables de les fournir. Et troisièmement, ça nous prend également le dossier clinique dans les cliniques médicales, qu'on est en train de faire via les groupes de médecine de famille. Donc, à la fin, lorsque les 300 groupes de médecine de famille vont être mis en place, on va avoir 80 % des cliniques qui vont être informatisées au Québec, et je peux déjà vous dire que ceux qui ne seront pas groupes de médecine de famille, on va favoriser également pour qu'ils le soient, de façon à se rendre à 100 % des cliniques qui devraient être informatisées.

**M. Lehoullier:** Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Alors, M. le député de Verdun, est-ce que vous voulez la parole? Vous avez à peu près trois minutes.

#### Réseau intégré de télécommunications multimédia

**M. Gauthrin:** Bon. Alors, tout simplement... C'est intéressant ce que vous dites, etc. Une question que je

voudrais savoir, parce que c'est important ...les réseaux actuellement. Le RTSS n'était plus à niveau pour, justement... où on en est actuellement dans, soit la fusion du RTSS avec le RETEM, ou la montée du niveau, particulièrement au niveau des routeurs, etc., du RTSS?

**M. Bolduc:** Bien, j'ai eu une présentation. Le gouvernement du Québec a octroyé un contrat de... je pense que c'est 800 ou 900 millions de dollars pour réussir à faire une mise à niveau du réseau de communication pour le gouvernement dans lequel est compris le nouveau RTSS. Ce nouveau, c'est le RTM?

**Une voix:** RITM.

**M. Bolduc:** RITM.

**M. Gauthrin:** C'est la fusion des deux. Essentiellement, c'était la fusion des deux...

**M. Bolduc:** Des deux.

**M. Gauthrin:** ...des deux réseaux actuellement. Mais je voudrais savoir où on en est parce que... On ne pourra pas développer, actuellement, tous les dossiers-patients, etc., si on n'a pas un réseau qui est capable de... Or, le vieux réseau RTSS ne pouvait pas soutenir...

● (16 h 30) ●

**M. Bolduc:** Puis qu'est-ce qui arrive actuellement, c'est que le RITM, le contrat a été donné. Actuellement, ils sont en train de faire une migration. Et puis, ce que j'ai su, d'ici 18 à 24 mois, on devrait être rendu avec le nouveau système, le RITM, qui devrait répondre aux besoins du gouvernement. Dans ce nouveau système, qui est des bandes passantes extrêmement larges avec une grande capacité, 60 % de l'espace est occupé par le réseau de la santé.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci beaucoup. Alors, je repasserais la parole au député de Marie-Victorin.

#### Ventilation des investissements en infrastructures

**M. Drainville:** Merci, Mme la Présidente. Pour le prochain bloc, on va utiliser deux documents, Mme la Présidente: d'abord *Des fondations pour réussir*, *Des fondations pour réussir*, c'est le Plan québécois des infrastructures, puis le plan budgétaire aussi, M. le ministre, la brique. En particulier dans le plan budgétaire, le tableau C.26. Dans ce tableau C.26, on retrouve la totalité des investissements en infrastructures pour la période 2008-2013. Ma question est la suivante, Mme la Présidente...

**M. Bolduc:** Quelle page, s'il vous plaît?

**M. Drainville:** Alors, c'est le tableau C.26, c'est la page C.55. Donc, tableau C.26, page C.55, c'est la grosse brique, là.

**M. Bolduc:** Quel volume, s'il vous plaît?

**M. Drainville:** Il y en a juste un qui est gros comme ça, là. C'est le plan budgétaire mars 2009.

**M. Bolduc:** On ne l'a pas, mais... on a les crédits, mais...

**M. Drainville:** Vous ne l'avez pas?

**M. Bolduc:** On ne l'a pas.

**M. Drainville:** On va vous en fournir une copie si vous...

**M. Bolduc:** Seulement un commentaire, c'est pour dire que j'avais oublié tantôt...

**M. Drainville:** Alors, vous ne pourrez pas dire que je n'ai jamais rien fait pour vous.

**M. Bolduc:** Merci beaucoup. C'est très apprécié.

**M. Drainville:** Bien, oui. Alors, si on regarde tableau C.26 sur la santé, vous voyez le total de 8,7 milliards au bout, hein, M. le ministre, ça, c'est... Alors, tableau C.26, ça, c'est... si vous regardez le chiffre en bas, là, 41,8 milliards, ça, c'est la totalité des investissements en infrastructures que votre gouvernement va faire de 2008 à 2013. Si vous prenez maintenant la liste... le poste Santé, vous voyez que, sur ce 41,8 milliards, là, il y a 8,7 milliards qui va aller à la santé. On s'entend? C'est bon?

**M. Bolduc:** Oui, c'est bon. Oui, c'est correct.

**M. Drainville:** Ma question: Est-ce que les CHU sont inclus dans ce 8,7 milliards, les CHU étant CHUM, CUSM et Sainte-Justine? Est-ce qu'ils sont inclus dans le 8,7 milliards?

**M. Bolduc:** On va juste vérifier pour être certains.

(Consultation)

**M. Bolduc:** J'ai l'expert de... C'est M. John Gauvreau qui est responsable du PQI.

**M. Drainville:** Il peut prendre la parole, s'il le désire, hein?

**La Présidente (Mme Gonthier):** Si vous le désirez, est-ce que j'ai le consentement? Oui, consentement. Est-ce que vous pouvez vous identifier pour les fins du transcript, s'il vous plaît?

**M. Gauvreau (John):** Oui. John Gauvreau, directeur des investissements.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Voilà. Alors, M. Gauvreau.

**M. Gauvreau (John):** Donc, la question est de savoir si les CHU sont dans l'enveloppe totale du plan quinquennal d'infrastructures. En fait, ils sont intégrés dans le plan au fur et à mesure que les sommes sont

autorisées ou provisionnées. Donc, on a une situation qui reflète où on était en novembre ou en décembre dernier. Par exemple, elle ne reflète pas la décision récente du CHUM, qui a été prise en mars dernier.

**M. Drainville:** Alors, sur le 8,7 milliards, combien est-ce qu'il y en a qui sont attribués aux trois projets que j'ai mentionnés, les trois projets CHU: CHUM, CUSM et Sainte-Justine? Sur le 8,7, il y en a combien?

**M. Gauvreau (John):** Je dois vous avouer que je n'ai pas en mémoire le chiffre exact puis je ne voudrais pas induire la présidence en erreur. Ce qu'on peut faire, c'est prendre note de la question et revenir demain.

**M. Drainville:** O.K. Bien, ce serait apprécié...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Oui. Allez-y.

**M. Drainville:** Oui. Merci, Mme la Présidente. Est-ce que, Mme la Présidente, ce serait possible d'avoir ces informations-là d'ici demain? Est-ce que c'est trop vous demander?

**La Présidente (Mme Gonthier):** Est-ce qu'il y a possibilité, M. le ministre, de déposer les documents...

**M. Bolduc:** Bien, je penserais que oui, là.

**M. Drainville:** C'est dans l'ordre du possible?

**M. Bolduc:** C'est parce qu'on veut donner les bons chiffres avec les...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Bien, c'est ça, suite aux vérifications. Avant la fin de l'étude des crédits, c'est ça?

**M. Drainville:** Non, si c'était possible...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Pour demain même.

**M. Drainville:** Pour demain, oui. Est-ce que c'est possible pour demain, Mme la Présidente?

**M. Gauvreau (John):** On va tout faire pour que ce soit disponible demain.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci.

**M. Drainville:** Merci. Ne bougez pas parce qu'il va y avoir d'autres questions sur la question des infrastructures. Est-ce que c'est possible de nous expliquer, monsieur... Votre nom, c'est monsieur?

**M. Gauvreau (John):** Gauvreau.

**M. Drainville:** Gauvreau?

**M. Gauvreau (John):** Oui.

**La Présidente (Mme Gonthier):** On s'adresse à la présidence quand même.

**M. Drainville:** Est-ce que M. Gauvreau peut nous dire, Mme la Présidente... dans la catégorie Parachèvement, on voit ici, c'est 1,2 milliard, est-ce que M. Gauvreau peut nous dire qu'est-ce qui est inclus dans la catégorie Parachèvement de 1,2 milliard qui est inclus dans le 8,7 qui doit aller à la santé?

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. Gauvreau.

**M. Gauvreau (John):** Je devrais avoir le tableau en main. Permettez...

(Consultation)

**M. Gauvreau (John):** En fait, le 1,2 milliard est inclus dans le 8,7. Le 8,7 en fait est ventilé en catégories qui incluent Parachèvement, Amélioration et remplacement, Résorption du déficit d'entretien et Budget régulier.

**M. Drainville:** Peut-être que ce serait plus simple, Mme la Présidente, de demander à M. Gauvreau si ce serait possible d'avoir, dans le fond, la ventilation des différentes catégories qui sont dans la grande enveloppe Santé. Parce que, comme vous le dites vous-même, il y a le maintien d'actif qui est 5,3 milliards, on ajoute à ça l'amélioration et le remplacement des actifs, un autre 2,1, pour un sous-total de 7,5, et un autre 1,2 pour le parachèvement, ce qui fait le grand total de 8,7. Il doit exister, M. Gauvreau, quelque part dans votre ministère ou dans votre service, une description, une énumération des projets qui totalisent ces montants-là. Est-ce que ce serait possible, Mme la Présidente, pour M. Gauvreau de nous déposer ces projets-là qui totalisent la somme de 8,7, ou en tout cas qui s'en rapprochent le plus possible, par catégories, donc pour la totalité du montant, 8,7? Puis par la suite, je dirais, les trois grandes catégories, c'est-à-dire Maintien d'actifs, Amélioration et remplacement et Parachèvement. Est-ce que ça existe d'abord, Mme la Présidente...

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le ministre, est-ce que vous voulez...

**M. Bolduc:** Je vais juste clarifier. C'est parce qu'il y a des projets qui ne sont pas annoncés, on ne peut pas les déposer. Il faut comprendre, c'est une enveloppe globale dans laquelle on a une marge de manoeuvre. Mais on peut...

**M. Drainville:** Ah! mais, M. le ministre, on comprend. Mais ceux qui sont déjà annoncés...

**M. Bolduc:** Oui, c'est ça. Bien, je veux dire, ce qui est annoncé, c'est public, ça fait qu'on va faire en sorte de vous donner qu'est-ce qui était annoncé. Mais on ne peut pas dire comment on va dépenser le 8,1 milliards dans chacun des projets, compte tenu que les projets ne sont pas annoncés. C'est juste ça, là.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Voilà. Merci. M. le député de Marie-Victorin.

**M. Bolduc:** ...le député de Marie-Victorin peut être assuré de notre collaboration.

**M. Drainville:** Ma question... Oui, mais, Mme la Présidente, je me suis déjà fait dire ça dans le cas des contrats sur le DSQ, puis on vient juste de les recevoir, puis ça a pris comme un an avant de les recevoir. Alors, «vous pouvez être sûr de ma collaboration», des fois ça ne veut pas nécessairement dire qu'on a l'information à temps, disons, pour résumer. Alors, je prends bonne note de la bonne volonté du ministre, mais j'aimerais juste être sûr... et là-dessus c'est probablement M. Gauvreau qui pourrait nous aider: Quel est l'apport de l'information que nous pourrions recevoir, Mme la Présidente, demain? Est-ce qu'il y a des tableaux qui existent déjà qui pourraient nous être transmis demain pour qu'au moins on ait une partie de l'information à... qui va nous permettre de mieux travailler jusqu'à jeudi, qui est la fin des crédits budgétaires pour la Santé?

**La Présidente (Mme Gonthier):** O.K. Alors, encore une fois, je vais passer la parole à M. le ministre, dans un cas comme ça.

**M. Bolduc:** Oui. On va évaluer ce qui serait disponible, mais, tout ce qu'on peut donner pour demain, on va le mettre pour demain, puis, sinon, on continuera de le donner au fur de la semaine. Mais on... il y a les projets qui ne sont pas annoncés qu'on ne peut pas donner, mais, ceux qui sont annoncés, on devrait être capables de donner la liste.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. le ministre. Est-ce que... On va attendre le dépôt des documents.

**M. Drainville:** Oui. Une question... Merci, Mme la Présidente. La différence entre Amélioration et remplacement et Parachèvement, nous, ce qu'on avait compris, c'est que Parachèvement, c'était pour des projets qui avaient été lancés, autorisés avant le dépôt du plan quinquennal de 2007, le plan d'infrastructures qui avait été annoncé le 11 octobre 2007. Et ça, on retrouve ça, en passant, M. le ministre et M. Gauvreau, on retrouve ça dans le plan comme tel, *Des fondations pour réussir*. C'est clair, dans ce document-là, que la partie Parachèvement concerne des projets qui sont déjà autorisés. Et donc, dans la mesure où les projets des CHU étaient autorisés, à ce moment-là, en 2007, est-ce que ça ne devrait pas être dans la partie Parachèvement qu'on retrouve les coûts des CHU?

● (16 h 40) ●

**La Présidente (Mme Gonthier):** Encore une fois, je vais passer la parole à M. le ministre, s'il décide de...

**M. Bolduc:** Oui. Mme la Présidente, je demanderais à John Gauvreau, parce que c'est des questions très techniques, de répondre, s'il vous plaît.

**La Présidente (Mme Gonthier):** O.K. Alors, est-ce qu'il y a consentement?

**Une voix:** ...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Oui. Alors, M. Gauvreau.

**M. Gauvreau (John):** Ça, avec l'information que nous allons ramener dans les prochains jours, on va préciser exactement la portée de chacun des mots. Mais il y a certaines composantes qui peuvent se recouper entre Amélioration et remplacement et Parachèvement, dans le sens qu'il peut... le parachèvement est la poursuite de dépenses déjà autorisées, mais on peut comprendre que, dans Amélioration et remplacement, il y a également de la dépense qui se poursuit dans des travaux ou des projets déjà en voie de réalisation. Donc, on ne peut pas faire un mécanisme automatique de désigner comme parachèvement des projets en cours de réalisation par apposition à Amélioration et remplacement, où il y a déjà également des projets en réalisation. Je pense que la seule façon d'effectivement avoir une réponse structurée à cette question-là va venir avec les définitions qu'on va produire avec les documents d'explication.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci, M. Gauvreau. M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Bon, écoutez, je pense qu'on va attendre les documents, Mme la Présidente, et on va espérer que ce sera suffisamment clair pour nous permettre de progresser. Et, Mme la Présidente, je tiens à rassurer le ministre, là, l'idée ici, c'est d'avoir... de profiter des crédits dans le fond pour avoir une idée qui est la plus complète possible des travaux qui ont été financés, des travaux de rénovation, par exemple, dans certains hôpitaux du Québec, qui ont déjà été financés et possiblement aussi d'autres projets qui ont été autorisés qui vont être financés à même cette enveloppe-là mais qui ne sont pas encore... qui n'ont pas encore débuté. L'idée, c'est de se faire une tête et d'avoir le portrait le plus complet possible de ce qu'on paie avec... de ce qu'on a payé et de ce qu'on va payer, dans la mesure où ça a déjà été autorisé, avec l'argent en question. Parce que c'est quand même beaucoup, beaucoup d'argent, là, 8,7 milliards, c'est considérable comme somme.

Je vais demander une question, Mme la Présidente: Quand on... une question donc au ministre, mais probablement que M. Gauvreau va être mis à contribution: Quand on regarde... Mme la Présidente, quand on compare le plan d'infrastructures annoncé en 2007 par rapport à ce qui a été déposé dans le plan budgétaire, au tableau C.26, dans la brique, quand on regarde, M. Gauvreau, et on prend les années 2009-2010 et 2010-2011... Alors là, je vais vous aider, ne vous en faites pas. Si on prend l'année 2009-2010... si vous prenez l'année 2009-2010 donc, dans le document de 2007, vous voyez: Santé, 2009-2010, 1,7 milliard. C'est ce qui est inscrit pour la santé, 1,7 milliard. Si vous allez au tableau C.56, deux ans plus tard, vous allez voir que c'est 1,4 milliard. Donc, il y a une différence de 255 millions. Entre ce que vous avez annoncé pour la santé en 2009-2010 dans le plan de Mme Jérôme-Forget — si je peux l'appeler ainsi maintenant, là — et dans ce qui est maintenant la brique qui vient d'être déposée lors du budget, il y a une différence de 255 millions. J'aimerais ça comprendre d'où vient cet écart-là, pourquoi on a décidé de moins investir dans les infrastructures en santé entre le plan... le dépôt du plan en 2007-2008 et le budget qui vient d'être déposé.

Et je vous demande... je vous pose la même question pour 2010-2011. Si vous regardez 2010-2011, l'année financière 2010-2011, si vous regardez le plan de Mme Jérôme-Forget, on prévoit, en santé, 2 milliards en investissement en infrastructures. Or, dans la brique ici, c'est 1,3 milliard. Donc, il y a une différence de tout près de 700 millions, et je me demandais si vous aviez une réponse à cette question. Si on additionne les deux sommes, on arrive pratiquement à 1 milliard de moins que prévu entre ce qui avait été prévu en investissement en santé et ce qui a été... ce qui est prévu, ce qui doit être dépensé cette année, 2009-2010, et l'an prochain, 2010-2011.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Alors, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui, bien, on va faire la recherche puis on va essayer de faire les conciliations des chiffres, et puis notre équipe devrait ramener des réponses assez tôt.

**La Présidente (Mme Gonthier):** O.K. Alors, on s'attend... Vous allez déposer un document demain, c'est ce que je comprends?

**M. Bolduc:** Oui.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Alors, M. le député de Marie-Victorin, ça vous va?

**M. Drainville:** Oui. Merci, Mme la Présidente. Oui, ça me va. Évidemment, il faut faire confiance, hein? Alors, on va faire confiance, Mme la Présidente, et on va passer... Je pense que, pour ce qui est des infrastructures, là, on a atteint un peu le fond de ce dont on pouvait discuter. On va attendre les chiffres puis on verra si on peut en reparler. J'espère qu'on aura un peu, monsieur... Mme la Présidente, j'espère qu'on aura, à tout le moins, le début de quelques chiffres demain pour qu'on puisse discuter de cet enjeu-là, parce qu'il est pas mal important: quand on discute de tous les grands travaux que les hôpitaux attendent un peu partout au Québec, c'est dans ces enveloppes-là, là, que certains travaux de réaménagement, de rénovation d'urgence doivent être effectués. Et là, malheureusement, je ne peux pas aller bien, bien loin avec mes questions parce que je n'ai pas les chiffres, et le ministre ne peut pas me les fournir.

Je vais enchaîner...

**La Présidente (Mme Gonthier):** Pour l'instant.

**M. Drainville:** Pour l'instant. Voilà, c'est ça. On va passer, Mme la Présidente... Combien de temps il reste, s'il vous plaît?

**La Présidente (Mme Gonthier):** Il vous reste cinq minutes.

### Exode des médecins

**M. Drainville:** Bon. On va passer à la question... M. le ministre de la Santé, j'aimerais ça qu'on se parle un petit peu de l'exode des médecins. Bon, les chiffres exacts vont m'être fournis dans un instant, mais, comme

vous le savez, comme vous le savez, Mme la Présidente, il y a une part importante des diplômés en médecine de l'Université McGill qui quittent le Québec, et, selon les données publiées par l'Association des facultés de médecine du Canada, le Québec perd en moyenne 20 % de ses médecins, des médecins qu'il forme, et il y a une bonne partie de ces médecins-là qui sont des médecins qui quittent l'Université McGill. En fait, selon les chiffres du Canadian Medical Education Statistics, entre 1996 et 2004, l'exode annuel moyen est de 47,6 % pour McGill. Donc, à toutes fins pratiques, on pourrait résumer en disant qu'un médecin sur deux qui est formé par McGill quitte le Québec. Je voulais savoir: Est-ce que ça vous inquiète, ça, M. le ministre? Est-ce que ça vous préoccupe, cette situation?

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, oui. Oui, c'est une situation qui nous préoccupe. Puis il faut comprendre la situation de McGill qui est particulière, c'est qu'ils ont plusieurs résidents qui sont étrangers puis il y en a aussi qui vont faire leurs stages à l'extérieur. On ne cachera pas que la question que c'est une université qui est très en contact également avec les autres universités du Canada fait qu'il y a une migration qui est plus grande vers d'autres provinces en ce qui concerne les résidents de McGill.

En ce qui concerne les résidents des trois autres facultés, qui sont Sherbrooke, Montréal et Québec, notre taux de rétention est meilleur.

**M. Drainville:** Mme la Présidente, est-ce que le ministre trouve ça... il dit qu'il trouve ça préoccupant ou inquiétant? Est-ce qu'il trouve ça normal?

**M. Bolduc:** Bien, ce qu'il faut comprendre, c'est que c'est un phénomène qui existe depuis plusieurs années. Et puis, au Canada, comme je l'ai déjà mentionné, la plupart des médecins peuvent avoir une certaine mobilité au niveau canadien, puis je vous dirais même avec les États-Unis, parce que nos examens, lorsqu'on les passe, c'est des examens qui nous donnent des droits de pratique dans les autres provinces, puis ils nous donnent des droits de pratique également dans certains États américains. Et puis ça devient le libre choix du professionnel d'aller installer sa pratique où il pense, où elle pense qu'elle veut pratiquer.

Donc, je dois vous avouer: c'est comme au niveau du titre des ingénieurs, comme au niveau des autres professionnels, comme les infirmières, il y a un certain libre choix, et notre rôle en tant que gouvernement, c'est d'avoir des avantages... de démontrer qu'au Québec il y a des avantages également à rester pratiquer au Québec. Mais, encore là, il faut accepter qu'il y a une certaine mobilité entre les différentes provinces. Et puis je peux vous dire également que j'ai vu des médecins de d'autres provinces canadiennes venir pratiquer ici, au Canada. Il y a une mobilité interprovinciale.

**M. Drainville:** Mais, Mme la Présidente, la question, dans le fond elle est assez simple: Est-ce que le ministre de la Santé a l'intention de poser des gestes pour qu'un plus grand nombre de médecins formés par McGill restent au Québec, pratiquent au Québec?

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Les gestes qu'on va poser, c'est des gestes d'essayer d'améliorer la qualité des conditions de travail des médecins au Québec. Également, c'est qu'on ne peut pas poser de conditions d'obligation aux gens de rester au Québec pour pratiquer. Ce qu'on fait, c'est qu'on essaie de faire en sorte de prouver qu'au Québec c'est un bel endroit où pratiquer. Et la preuve, c'est qu'on a des gens de d'autres pays qui veulent venir pratiquer au Québec, il y a des gens de d'autres provinces, qui sont en nombre moindre que ceux qui nous quittent du côté de McGill, mais il reste qu'il y a une mobilité interprovinciale au niveau de la pratique médicale.

● (16 h 50) ●

**M. Drainville:** Mme la Présidente, si ce n'était qu'une question de pratique médicale ou de conditions de pratique, on verrait le même exode dans les autres facultés de médecine du Québec. Or, on ne voit pas le même exode dans les autres facultés de médecine du Québec. C'est un exode qui est minimal dans le cas des autres facultés. Il est un peu plus élevé à l'Université de Sherbrooke. Le ministre sait sans doute pourquoi: à cause des ententes avec le Nouveau-Brunswick, n'est-ce pas?

**M. Bolduc:** Oui.

**M. Drainville:** Mais, dans le fond, la question que je veux lui poser, c'est: Est-ce qu'il a l'intention de poser des gestes pour que l'Université McGill, comment dire... pour que les médecins formés par McGill pratiquent en plus grand nombre au Québec, demeurent en plus grand nombre au Québec?

Mme la Présidente, c'est le même ministre qui, il y a quelques jours de ça, nous disait qu'il allait faire de la médecine de famille sa priorité, qu'il allait... Il nous l'a répété tout à l'heure qu'il voulait s'assurer que, d'ici quelques années, la majorité des Québécois aient accès à un médecin de famille, vous avez dit, je crois, 80 % en GMF et l'autre 20 % en clinique. Bien, il me semble, Mme la Présidente, si le ministre veut vraiment s'assurer que les Québécois aient accès à un médecin de famille, il doit s'assurer que les médecins formés dans les universités québécoises restent au Québec, dans la mesure du possible et dans le plus grand nombre possible. Or, à McGill, selon les chiffres, et qu'il me corrige si je me trompe, Mme la Présidente, mais l'Université McGill ne forme que 11 % des médecins du Québec, alors que McGill accepte... grosso modo, entre 20 % et 25 % de tous les nouveaux médecins sont formés par McGill: en 2008-2009, 155 inscriptions sur 766 nouvelles inscriptions. Donc, ils en forment à peu près le quart, si on arrondit un peu, là, entre 20 % et 25 %, mais il y en a une moitié là-dessus qui quitte le Québec.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui. Ce qu'il faut comprendre au niveau du phénomène de McGill, c'est que c'est une université dans laquelle les résidents, les étudiants vont souvent compléter leur formation à l'extérieur, avec le principe des CARMS, c'est-à-dire que... Il faut peut-être réexpliquer la façon dont ça fonctionne.

**M. Drainville:** ...je le comprends, le système.

**M. Bolduc:** On va l'expliquer comme il faut. Avec le principe des CARMS, c'est qu'il y a des étudiants de McGill qui vont aller faire leur résidence à l'extérieur, et on a des résidents de l'extérieur qui viennent faire leurs études à McGill au niveau de la résidence. Je vais vous donner un exemple: moi, quand j'ai fait mon internat, j'étais au St. Mary's. Au St. Mary's, on avait des gens qui venaient de partout dans le monde pour venir faire leurs stages à McGill au niveau de la résidence, et, à ce moment-là, il y a de ces gens-là qui retournaient dans leurs pays après puis il y a des gens qui retournent dans leurs provinces. Le constat qu'on fait, c'est que, pour l'Université McGill, il y a une partie des gens qui vont pratiquer dans d'autres provinces, puis possiblement dans d'autres pays, et qui ont...

C'est un choix personnel qu'ils ont fait. Et, présentement, c'est un libre choix, au niveau des différents professionnels, d'aller s'installer où ils veulent au Canada en autant qu'ils aient l'autorisation de pratiquer, c'est-à-dire qu'ils puissent avoir leurs permis. Et on sait que les médecins, et je l'ai mentionné voilà deux semaines, les médecins au Québec, avec le LMCC, peuvent également aller pratiquer dans d'autres provinces, donc ça devient un choix personnel. Ce qu'on peut faire et ce qu'on fait comme gouvernement, c'est qu'on essaie de favoriser pour que ces gens-là reviennent, qu'on ait des conditions de travail au niveau des organisations de travail, entre autres les groupes de médecine de famille, pour que ce soient des pratiques intéressantes...

**La Présidente (Mme Gonthier):** En conclusion, M. le ministre, s'il vous plaît.

**M. Bolduc:** Mais il demeure qu'il y a un choix qui appartient au niveau personnel, un peu comme dans la nouvelle entente avec l'Europe: il y a des médecins qui vont partir de la France qui vont venir s'installer au Québec. Ce qui est important à la fin, c'est qu'on ait un bilan positif en interne d'import-export, au niveau des patients.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Écoutez, si vous voulez... M. le député de Marie-Victorin, si vous voulez continuer, c'est que votre bloc est imputé pour les séances de demain et d'après demain, là. On comprend?

**M. Drainville:** Ça va être une seule question.

**La Présidente (Mme Gonthier):** O.K., allez-y.

**M. Drainville:** Donc, en résumé, le ministre a l'intention de maintenir le libre choix, en résumé.

**M. Bolduc:** On ne sera pas coercitifs au point d'empêcher les gens d'aller pratiquer dans des endroits où est-ce qu'ils font le choix en termes de mobilité interprovinciale. C'est ça, le choix qu'on fait au Québec.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Merci. Merci, M. le ministre. Alors, je passerais maintenant la parole,

pour le dernier bloc, qui va durer environ cinq minutes, au député de Lévis.

### **État de la situation dans les salles d'urgence**

**M. Lehouillier:** Oui. Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, vous avez parlé tout à l'heure des urgences, et, moi, ce qui m'interpelle beaucoup au niveau des urgences, c'est ce qu'on lit dans les médias, où souvent on prend les cas les plus négatifs et on les publicise. Donc, moi, j'aimerais... et je sais que vous avez visité personnellement un grand nombre d'urgences au cours des derniers mois. Pouvez-vous nous indiquer... nous tracer le portrait de l'état de situation des urgences que vous avez constaté actuellement au Québec dans les visites que vous avez faites au cours des derniers mois?

**M. Bolduc:** Un, dans un premier temps, c'est que j'ai visité plusieurs établissements dans lesquels il y avait des urgences. Sur 118 établissements avec des urgences au Québec, il y en a 11 qui sont classifiées comme étant plus en difficulté. Ce que ça signifie: il y en a quand même 107 qui vont relativement bien.

Là-dessus, je rappellerais: au Québec, à chaque jour, il y a 10 000 patients qui consultent dans les urgences du Québec, à chaque jour. Donc, la majorité de ces gens-là reçoivent tout à fait les services qui sont appropriés. La difficulté qu'on a, ça se situe à un niveau, c'est les patients qui ont besoin d'être admis dans l'établissement. Avant d'avoir un lit en courte durée, ce qu'on fait comme constat, c'est qu'ils sont obligés de rester entre 24 et 48 heures sur des civières. Il y en a un petit pourcentage qui est environ 140 à 150 patients par jour sur tout le Québec. Et là je rappelle que ces 140 à 150 patients sur les 10 000 qui consultent à chaque jour, eux autres vont passer une période... un peu plus que 48 heures, mais ça va se faire à l'intérieur de 72 heures.

Ce qu'on a fait comme constat au niveau des urgences du Québec, c'est que, dans un premier temps, la majorité va très bien en termes de fonctionnement. On a visité des urgences qui étaient rénovées. On parlait de celle de L'Enfant-Jésus il y a quelques minutes, mais on est allés visiter celle-là de Santa-Cabrini, on a visité également celle de Trois-Rivières, c'est des urgences qui, en termes d'organisation, fonctionnent relativement bien. Il y a quelques urgences, et c'est dans nos plans, qui ont besoin de rénovations, et ça fait partie des rénovations qui s'en viennent dans les prochaines années.

Ce qu'on a fait comme constat également, c'est que la majorité des urgences ont tous un ou deux problèmes assez marqués qui causent 80 % de toute la problématique du fonctionnement de l'urgence, mais, dans chaque urgence, le problème était différent. Je vais vous donner des exemples.

On a des établissements où le problème, c'était la durée moyenne de séjour, dans l'établissement, des patients hospitalisés: au lieu de rester huit jours, comme ça devrait être, ils demeurent... ils sont hospitalisés pendant 12 jours. Donc, c'est un travail au niveau de la durée moyenne de séjour qui doit être fait. Certains établissements, c'est un manque de lits de courte durée. Certains établissements, c'est un manque de lits de courte

durée parce qu'ils ont des patients en attente d'hébergement dans leurs lits, qui ont besoin de sortir à l'extérieur dans des ressources externes, qu'on est en train de développer actuellement. Et il y en a d'autres, qu'est-ce qu'on avait besoin, c'est ce qu'on appelle des ressources intermédiaires. Il y a un établissement, pour dire, c'est un fonctionnement au niveau de l'urgence que nous sommes en train de travailler.

Donc, le constat qu'on a fait: que, sur 118 urgences, il y en a 11 qui sont vraiment en difficulté au Québec, donc il y en a 107 qui vont bien. Le constat qu'on fait également, c'est que, ces 11 urgences là, il faut qu'on ait un plan de collaboration entre le ministère, l'agence et l'établissement pour solutionner les un ou deux gros problèmes de chaque établissement pour que, par la suite, ils deviennent des urgences fonctionnelles comme les autres. Ces 11 urgences là ont probablement 80 % à 90 % des patients qui sont plus que 48 heures sur civières, donc si on résout la problématique de ces urgences-là, probablement qu'on va résoudre une grande partie des problématiques des urgences au Québec.

**M. Lehouillier:** Mme la Présidente, si vous permettez.

**La Présidente (Mme Gonthier):** M. le député de Lévis.

**M. Lehouillier:** Donc, on peut dire finalement que la situation des urgences, ce n'est pas le portrait qu'on nous trace, négatif, la situation s'est nettement améliorée finalement.

**M. Bolduc:** Oui. Si on y va avec les données objectives, on voit que, sur 10 000 patients par jour, il y en a à peu près 150 qui sont 48 heures, ce qui est quand même un chiffre qui n'est pas si élevé que ça. Par contre, ces gens-là, il faut qu'on s'en occupe, il faut qu'on améliore le fonctionnement de ces quelques urgences là. Ce qu'on ne voit pas, c'est qu'il y a plusieurs urgences qui vont très, très bien et dans lesquelles les durées moyennes de séjour sur civière sont très bonnes, et également les durées moyennes avant de voir un médecin sont très bonnes. Donc, c'est vraiment asymétrique dans le réseau en termes de perception.

Mais il faut travailler avec ceux qui sont plus en difficulté, et, encore là je rappelle, c'est seulement avec une collaboration entre les trois paliers, le ministère, l'agence et l'établissement, qu'on va trouver des solutions structurantes, qui vont nous prendre, on ne se le cachera pas, une à deux années avant de mettre en place, mais, une fois qu'ils vont être mis en place, après ça, ça va être un système qui va fonctionner, pour tout le temps, très bien.

**La Présidente (Mme Gonthier):** Alors, merci. Alors, compte tenu de l'heure, la Commission des affaires sociales ajourne ses travaux au mardi 21 avril, à 9 h 30, dans cette même salle, afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du portefeuille Santé et Services sociaux. Alors, mesdames et messieurs, merci.

*(Fin de la séance à 16 h 59)*