



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 22 avril 2009 — Vol. 41 N° 13

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 22 avril 2009 — Vol. 41 N° 13

Table des matières

Santé (suite)	1
Document déposé	1
Discussion générale (suite)	1
Dossier de santé du Québec (DSQ)	
Impact du retard sur les coûts d'implantation	1
Contribution financière du gouvernement fédéral	3
Contrats déjà signés	4
Personnel du bureau du DSQ	5
Évaluation du projet pilote de la clinique Saint-Vallier, à Québec	5
Politique du médicament	6
Dossier de santé du Québec (suite)	
Prévisions budgétaires	8
Plan de déploiement	9
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	
Coût des projets informatiques dans les hôpitaux	13
Suites données aux recommandations du Vérificateur général	14
État de la situation de la salle d'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore	15
Coût des médicaments	16
Document déposé	18
Méthode Toyota	21
Dons d'organes	24
Dossier de santé du Québec (suite)	
Coûts hors portée	25
Frais exigés par la Coopérative de solidarité de la clinique santé de Gatineau	26
Conditions de financement des cabinets médicaux privés	27
Utilisation de main-d'oeuvre indépendante	28
Infirmières praticiennes spécialisées	
Rôle et nombre	29
Programme de formation	30
Méthode Toyota (suite)	
Réactions des gestionnaires et du personnel	30
Unités de médecine familiale	31
Évaluation des besoins de médecins en heures-soins	33
Stratégie d'intégration des médecins étrangers	34
Infirmières praticiennes spécialisées (suite)	
Plan d'intégration dans le réseau	35
Stratégie de réduction des délais d'attente en radiologie	37
Coût des médicaments (suite)	
Modèle de gestion néo-zélandais	41
Plan d'amélioration des blocs opératoires	43
Campagne de vaccination contre le papillomavirus humain	45
Plans d'urgence en cas de pandémie	45
Centre hospitalier universitaire de Montréal (suite)	
Caractéristiques du Centre de recherche	46
Concept vert	47
Retombées économiques	47
Ententes sur la mobilité des médecins	48
Solde migratoire chez les médecins	49
Appréciation du personnel du réseau	49
Agence nationale de lutte contre le cancer	50
Politique du médicament (suite)	
Ententes de partage de risques financiers	51
Augmentation des primes	52
Rencontre avec l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux	52
Politique du médicament	
Augmentation des primes (suite)	52
Pénurie d'infirmières aux soins intensifs	52
Modernisation de la gouvernance du réseau	53
Bilan de la lutte aux infections nosocomiales	54

Table des matières (suite)

Stratégie de main-d'oeuvre en soins infirmiers	
Financement et bilan	55
Amélioration des conditions de travail	55
Mise en oeuvre d'actions terrain en organisation du travail	56
Infirmières praticiennes spécialisées (suite)	
Programme de bourses	56
Plan d'effectif	57
Intégration des infirmières auxiliaires à des services plus spécialisés	57
Utilisation de main-d'oeuvre indépendante (suite)	58
Accessibilité aux cliniques sans rendez-vous	58
Plans régionaux d'effectifs médicaux	59
Maisons de naissance	60
Développement des ressources humaines	61

Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président
M. Camil Bouchard, vice-président
M. Gerry Sklavounos, président suppléant

M. Yves Bolduc
M. Bernard Drainville
M. Éric Caire
Mme Filomena Rotiroti
Mme Danielle St-Amand
M. Amir Khadir
Mme Johanne Gonthier
M. Gilles Lehouillier
M. Pierre Moreau
M. Germain Chevarie
M. Guillaume Tremblay

* M. Marc Giroux, RAMQ

* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le mercredi 22 avril 2009 — Vol. 41 N° 13

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (3): volet Santé***(Neuf heures cinquante-quatre minutes)*

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! Bienvenue, M. le ministre.

M. Bolduc: ...plus d'urgences comme ministre que comme docteur à l'époque, ça fait que...

Le Président (M. Kelley): Le ministre des urgences. Alors, je constate quorum des membres de la Commission des affaires sociales.

Donc, je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission: la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2009-2010.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Drainville (Marie-Victorin) remplace Mme Lapointe (Crémazie).

Le Président (M. Kelley): Je veux souligner la présence de Stéphanie Boutin, qui est une nouvelle employée de l'Assemblée nationale, qui va être la secrétaire permanente de la Commission de la culture mais fait ses apprentissages avec nous ce matin. Alors, bienvenue, Mme Boutin.

Santé (suite)

Alors, pour l'organisation de nos travaux, je vous informe qu'il reste 4 h 32 min au groupe formant le gouvernement, 3 h 4 min à l'opposition officielle et 1 h 3 min au deuxième groupe de l'opposition. De plus, je comprends qu'il y a une entente à l'effet d'accorder un temps de parole de 20 minutes au député de Mercier, la différence de temps entre ces 20 minutes et le 2 % du temps qui lui était dévolu du départ devant être imputé au temps de parole de l'opposition officielle. Est-ce que cette entente est exacte?

En plus, j'ai un consentement, parce qu'on est 23 minutes de retard, qu'on va amputer ce temps du temps du parti ministériel. Alors, on était prévus de compléter le bloc ministériel, c'est-à-dire faire 16 minutes, alors on va annuler ce bloc et on va tout de suite passer à l'opposition officielle pour un bloc de 20 minutes, en signalant que, dans le prochain tour de l'opposition, ça va être au député de La Peltrie de prendre parole et, dans le troisième tour, ça va être au député de Mercier de prendre parole.

Alors, au niveau de l'organisation de nos travaux, est-ce que tout le monde est plus ou moins content? Bon. C'est le devoir de la présidence de garder le monde heureux. Parfait. M. le ministre, un petit mot avant de commencer?

M. Bolduc: Oui. Il y avait eu une demande de documents hier, et puis on serait disposés à vous les donner aujourd'hui. Et puis, si vous voulez avoir des questions là-dessus, bien vous nous le laissez savoir.

Document déposé

Le Président (M. Kelley): Alors, ce document est déposé. Merci beaucoup, M. le ministre.

M. Drainville: Est-ce que M. Gauvreau a dormi malgré tout? M. Gauvreau a dormi malgré tout? Bon, bien...

M. Bolduc: Oui, mais...

M. Drainville: Vous savez, M. le Président, on se soucie de la santé de notre fonction publique parce qu'elle est très importante pour donner des bons services à la population. Alors, il faut que les hauts fonctionnaires restent en santé. N'est-ce pas, M. le ministre?

M. Bolduc: Absolument. Ça fait qu'aujourd'hui vous allez avoir peut-être un peu moins de demandes qu'hier. Merci.

Des voix: Ha, ha, ha!

Discussion générale (suite)

Le Président (M. Kelley): Et on va noter aussi que M. Gauvreau est ici et alerte. Alors, bienvenue, M. Gauvreau.

Alors, sans plus tarder, je vais lancer le premier bloc de 20 minutes et céder la parole au député de Marie-Victorin, porte-parole de l'opposition officielle.

Dossier de santé du Québec (DSQ)**Impact du retard sur
les coûts d'implantation**

M. Drainville: Merci, M. le Président. Nous allons parler du Dossier de santé du Québec, qui prend du retard, M. le Président. Il devait être terminé en 2010, et le ministre a déclaré — puis ça a été rapporté dans *La Presse* du 5 avril dernier — je le cite... je cite l'article: «L'informatisation du réseau de la santé prend du retard. Il faudra encore de trois à cinq ans avant que le Dossier de santé [...] soit implanté dans l'ensemble des cliniques et des hôpitaux, a indiqué hier le ministre de la Santé, Yves Bolduc.»

Une voix: Il ne faut pas le nommer.

M. Drainville: Je m'excuse. Le ministre de la Santé, oui, c'est ça, le député de Jean-Talon. M. le Président, ce

projet du Dossier de santé du Québec devait être terminé en 2010. J'avais même, lors des crédits de l'année dernière, posé la question au ministre de la Santé d'alors: «Est-ce qu'il y a, parmi [les] scénarios[...], des scénarios qui prévoient un déploiement au-delà de 2010?» Réponse de M. Couillard: «M. le Président, la réponse est non. Actuellement, l'équipe ne nous informe d'aucun changement à l'échéancier.» Or là, on se retrouve avec un retard de trois à cinq ans, ce qui veut dire qu'au lieu de se terminer en 2010, si on fait... On est en 2009, on rajoute trois ans, on parle donc de 2012, donc on parle dorénavant d'un échéancier de 2012 à 2014, au lieu de 2010 comme c'était prévu et comme c'était confirmé l'an passé, lors des crédits.

Ma question est la suivante: Combien de millions de dollars ce retard va-t-il coûter aux contribuables?

M. Bolduc: Dans un premier temps, je pense qu'il faut faire la récapitulation du Dossier santé Québec. Le Dossier santé Québec, c'est un dossier majeur et très complexe qu'on est en train de mettre en place ici, au Québec. Ça demande d'abord de développer l'infrastructure technologique et c'est ce qui prend du temps. C'est que, quand on fait des grands projets comme ça, il faut s'assurer qu'au niveau de la confidentialité, au niveau de l'accessibilité, que tout soit bien en ordre. Il y a comme des mesures de précaution extrêmement sévères et sérieuses. Ce qu'on s'est rendu compte, puis c'est le test de la réalité dans laquelle on vit actuellement, c'est que de développer l'infrastructure technologique demande énormément de temps, énormément d'énergie, sans nécessairement nous coûter beaucoup plus cher parce que ce qu'on a calculé comme coûts, bien c'est du développement qu'on est en train de faire.

Il y a deux grands chapitres, au niveau du DSQ. Il y a le développement technologique d'abord, une plateforme qui est fiable et qui peut être installée dans quelques cliniques, dans un premier temps. Et la bonne nouvelle, c'est qu'actuellement nous sommes en projet pilote à la clinique Saint-Vallier ici, à Québec, où on est en train de peaufiner le projet de façon à ce que, par la suite, on va pouvoir le généraliser. C'est une étape, pour nous, qui est très, très importante parce qu'on ne peut pas diffuser un projet qui pourrait avoir des défauts ou des problématiques soit au niveau de l'accessibilité, au niveau de la qualité ou au niveau de la confidentialité. Donc, actuellement, on s'assure que ce soit un projet de qualité, ce qui encore nous amène certains délais.

● (10 heures) ●

L'autre étape qui va venir après, ça va être le développement dans tout le réseau de la santé. Vous comprenez qu'avec 2 000 cliniques médicales, avec 294 établissements, il faut également se donner une infrastructure de base qui va nous permettre le transfert des données vers le Dossier santé Québec. Là, c'est important de comprendre qu'au niveau des coûts puis au niveau du délai et de certains fonctionnements également, c'est qu'il y a trois niveaux d'informatisation au niveau du réseau de la santé du Québec. Il y a le premier, le Dossier santé Québec, qui est la plateforme nationale dans laquelle il va y avoir quatre grands chantiers: la radiologie, le laboratoire, les médicaments et également l'histoire médicale du patient de façon sommaire, dont, entre autres, les allergies. Ça, c'est un

dossier qui va être accessible à tous les professionnels, et, selon le professionnel, il va y avoir un code d'accès qui peut être différent, c'est-à-dire que ce n'est pas tout le monde qui va avoir le droit à tout, mais tout le monde devrait avoir ce qu'il faut pour réussir à bien soigner leurs personnes.

Deuxième grand niveau, c'est le niveau de l'informatisation des établissements. Si on veut qu'il y ait des informations dans le Dossier santé Québec, il faut que nos établissements soient assez informatisés pour pouvoir transférer les données. Si on prend, encore là, les quatre grands chantiers, le premier chantier, des laboratoires, bonne nouvelle, ça fait des années que tout le Québec est informatisé au niveau du laboratoire. Et le député de Mercier, je pense, va pouvoir témoigner là-dessus. Dans sa vie antérieure, il était microbiologiste à Pierre-Le Gardeur, et puis, pour avoir visité l'établissement récemment, s'il y a un établissement qui est moderne, en termes technologiques, c'est Pierre-Le Gardeur. Donc, au niveau logiciels pour les laboratoires, on a tout en place.

Le deuxième niveau, c'est la radiologie avec l'installation des PACS. C'est quoi, les PACS? Ce sont des images numérisées qu'on peut lire à l'écran. Il n'y a plus de film avec du filtrat d'argent comme on avait auparavant. C'est tous des films comme on a sur nos ordinateurs. Ça, c'est un chantier de 500 millions de dollars qui va être complété complètement au Québec d'ici quelques mois. C'est un dossier qui... ça fait cinq à six ans, ça avait été annoncé, là, je parle des années 2004, puis c'est un dossier qu'on termine. Donc, quand on parle d'informatisation du réseau, on a fait un grand pas. Et tout le Québec va être informatisé. Prochaine étape, on va faire même les cliniques privées parce qu'on veut rendre la radiologie complètement numérique.

Les avantages, un, c'est qu'on va pouvoir diffuser des images et les transférer à différents endroits. Donc, quelqu'un qui est à Chibougamau puis qu'il n'y a pas de radiologiste sur place, il est 11 heures le soir, on a besoin d'un rayon X des poumons qui a besoin d'une interprétation, l'image va pouvoir être transférée à Granby, à Sherbrooke ou à Québec pour réussir à avoir un diagnostic. Ça, c'est quelque chose qui va être fait d'ici quelques mois. Puis, le Québec, je pense, au Canada, on va être la première province à avoir un système intégré complètement en radiologie. Ça, je vous dirais, quand on parle de technologies qui vont aider, là, un radiologiste peut lire 20 % à 30 % plus de films en utilisant le PACS qu'avec les films traditionnels. Il n'y a plus de films qui se perdent, puis il va y avoir une économie réelle.

Le troisième niveau, c'est la pharmacie. Et, la pharmacie, encore là, on est chanceux, le Québec, toutes les pharmacies sont informatisées. Et il y a seulement que deux grands fournisseurs, donc on va être capables d'avoir une plateforme assez rapidement.

Le quatrième niveau, qui va être développé progressivement parce que ça va être les professionnels, c'est l'histoire médicamenteuse, et ça, déjà, il y a des choses qui se mettent en place. Donc, pour le DSQ, ce qu'il faut actuellement, ça va être de mettre en contact tous ces éléments-là pour être capables d'en arriver à avoir un DSQ qui rend accessible à tout le monde...

L'autre élément qui est important pour le délai, ce n'est pas que le DSQ ne sera pas prêt. Le DSQ peut être prêt, mais il faut que les cliniques soient capables

de le recevoir, et ça, c'est l'autre élément qui est important. Actuellement, tous les groupes de médecine de famille sont informatisés. Donc, avec les groupes de médecine de famille, on va être capables de faire une diffusion assez rapide. Les autres cliniques, bien il faut les équiper d'ordinateurs, il faut qu'ils rentrent dans le projet. Et là ce qui nous limite, c'est souvent même les médecins et la main-d'oeuvre informatique qui est capable de tous les mettre en réseau. Et ce n'est pas tout le monde également qui demain matin est prêt... Tu sais, c'est facile à dire que les gens disent: Nous autres, on en veut, là. Mais, les médecins qui ont 60 ans, il y en a qui sont très habiles en informatique, mais il y en a, je vous dis, ça leur fait peur.

Donc, au niveau de la diffusion complète au niveau du réseau, il va y avoir un délai à ce niveau-là également, ce qui fait qu'on peut prévoir que, 2010, la plateforme va être prête, mais, de la voir installée dans chacune des 2 000 cliniques du Québec, on ne sera peut-être pas rendus là. Mais, la bonne nouvelle, le deuxième niveau, il va être informatisé. Je pense que c'est important de bien comprendre parce que, si on ne comprend pas ça, par la suite c'est difficile de discuter.

Pour ce qu'il s'agit des coûts, pour ce qu'il s'agit des coûts, on sait actuellement qu'on est à l'intérieur des budgets...

M. Drainville: C'est nos troisièmes crédits, ça fait trois fois... C'est le troisième crédit où on parle du DSQ, là, on en a parlé beaucoup, beaucoup, beaucoup, là.

M. Bolduc: Oui, bien, ça, je ne l'ai jamais fait. Mais c'est la première fois, moi, que je l'explique, ça fait que...

M. Drainville: Parce que, moi, j'ai un bloc de 20 minutes. Vous êtes en train de prendre la moitié dans votre réponse.

M. Bolduc: Bien, je pense que, si je vous ai expliqué comme il faut le DSQ, ça va probablement nous éviter une quinzaine de questions. Mais, si vous ne comprenez pas les paliers puis comment ça fonctionne, on a de la difficulté par la suite à donner les bonnes explications.

Juste pour terminer, parce qu'on arrive à la fin, ce qui est important, c'est que, comme de fait, on reconnaît que la plateforme va être prête pour 2010, mais la diffusion à tous les niveaux va prendre possiblement 2011, 2012. C'est difficile à prévoir dans le temps parce que ça dépend comment ça va être sur le terrain.

Au niveau des budgets, les budgets prévus actuellement, on a dépensé un pourcentage de ce montant-là, mais le gros des coûts, on savait... ce qu'on sait, ça va être dans la diffusion puis dans la mise en place, et ça, il nous reste de l'argent. Et actuellement ce qui est prévu, pour la bonne nouvelle, pour répondre à la question directement, on devrait rester au niveau des budgets actuels parce que, quand on a mis le DSQ en place, ça ne veut pas dire, parce que ça prend plus de temps, qu'on a installé tout de suite les ordinateurs. On va attendre, avant d'installer les ordinateurs, que le DSQ soit complété comme plateforme technologique.

M. Drainville: M. le Président...

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: ...ça ne peut pas prendre trois à cinq ans de plus et coûter le même prix, c'est impossible. On l'a vu avec le CHUM, on le voit avec tous les projets. Le Québec serait la seule place dans le monde où il n'y a pas d'inflation? Voyons donc! Et, dans le domaine de l'informatique, il y en a, de l'inflation. Ça ne se peut pas, M. le ministre, que le projet prenne de trois à cinq ans de plus, qu'il y ait un retard de trois à cinq ans et qu'il n'y ait pas de dépassement de coûts. C'est impossible, impossible.

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

M. Bolduc: Bon, juste pour clarifier, là, vous avez donné deux informations qu'on pourrait longuement discuter. La première information, quand vous dites que l'inflation... actuellement, avec une inflation de 1 %, ce n'est pas ça qui rajoute des coûts majeurs sur le DSQ. La deuxième, technologique, vous avez absolument tort. Les équipements technologiques, à chaque fois que vous achetez plus tard, ça vous coûte beaucoup moins cher. Je vais vous donner un exemple.

En 1994, un PC, peu de mémoire, peu convivial, il coûtait 5 000 \$. Actuellement, on achète des PC pour 500 \$, et il y a des ordinateurs qui sont en train de se mettre sur le marché pour 400 \$. Les CT scans, dans les années 1990, nous coûtaient 1,2, 1,3 million de dollars. Actuellement, vous avez des CT scans qui sont 100 fois plus performants, on parle de 128 barrettes au lieu de une, et ils nous coûtent 800 000 \$, et, au niveau technologique, ils nous coûtent beaucoup moins cher pour opérer. Ça fait qu'au niveau technologique, on va s'excuser, là, mais ça va nous coûter moins cher.

Mais ce n'est pas la raison pour laquelle il faut retarder. On veut le faire le plus rapidement possible. Et on est à l'intérieur des coûts. Et actuellement, au 31 décembre 2008, on avait dépensé 146 millions pour le DSQ, et ça représente seulement que 25 % des coûts totaux. Donc, on a le temps de voir venir. Et le gros coût va être également lorsqu'on va l'installer dans les cliniques médicales, et à ce moment-là, technologiquement, ça va nous coûter moins cher.

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

M. Drainville: Au 31 décembre 2008, 146 millions, c'est ce que vous venez de dire, c'est bien ça?

M. Bolduc: Oui.

M. Drainville: Ça, c'est les chiffres les plus récents que vous avez?

M. Bolduc: Qui datent d'une minute.

Contribution financière du gouvernement fédéral

M. Drainville: Non, non, mais... O.K. Alors, sur le 146 millions, selon les documents que nous avons

obtenus, là, il y en a 92 millions qui ont été versés par Ottawa, selon l'étude...

M. Bolduc: Oui.

M. Drainville: ...selon les documents que vous nous avez fait parvenir. Comment vous expliquez que, pour un projet qui devrait être terminé en 2010... Donc, en 2010, là, on aurait dû obtenir les 303 millions qu'Ottawa nous doit dans ce projet-là. Ottawa doit fournir 303 des 562 millions de coûts directs pour ce projet-là. On approche de l'échéance de 2010 et on n'a même pas le tiers de l'argent d'Ottawa qui nous a été versé, 92 millions sur 303. Comment vous expliquez ça, vous, qu'il n'y a même pas le tiers de l'argent d'Ottawa qui a été versé? Est-ce que ce n'est pas la preuve que ce dossier-là prend non seulement du retard, un retard considérable, mais qu'il est vraiment mal géré? Il est mal géré. Vous devriez avoir terminé. Vous devriez avoir la totalité de l'argent d'Ottawa, vous n'en avez même pas le tiers.

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

M. Bolduc: Bon, M. le Président, la réponse est mathématique. Si on est à 25 % du projet et puis qu'Ottawa nous a déjà donné 33 %, ils vont déboursier au fur et à mesure de l'avancement du projet. Également, le retard dans le projet, c'est le développement technologique d'une plateforme nationale qui prend plus de temps que prévu parce que c'est complexe. Ce n'est pas un petit système que t'ouvres avec un petit piton puis tu pèses là-dessus, là. C'est le développement d'une infrastructure nationale dans laquelle on va relier toutes les cliniques médicales. On va probablement être un des seuls endroits au monde à l'avoir autant... Ailleurs, ils sont informatisés, mais ils n'ont pas le relais qu'on va avoir au Québec. Chaque professionnel va avoir accès au dossier de chaque patient, après autorisation du patient puis en s'assurant que la confidentialité est respectée, de façon à ce que, que vous soyez n'importe où au Québec, vous allez avoir toutes les informations nécessaires.

● (10 h 10) ●

Puis, l'autre chose qu'il faut remarquer, puis je vais le dire au député de Marie-Victorin, là, Ottawa, il en paye déjà une bonne partie, hein? Si on était séparés, probablement qu'on n'aurait pas cette partie-là non plus. Il y a des ententes qui se sont faites, et on a une excellente collaboration. Quand vous regardez les antécédents du Parti québécois, c'est le genre de collaboration qu'il n'y aurait jamais eu à Ottawa, et le 500 millions, il serait resté à Ottawa. Donc, je trouve que déjà on a notre part qui va être faite. Ottawa fait sa part. Le développement technologique prend plus de temps. Et pourquoi c'est le développement technologique qui prend plus de temps? Parce qu'on veut s'assurer d'avoir un produit de qualité qui va respecter les besoins des professionnels, les besoins des patients et la confidentialité. Et l'élément confidentiel est quelque chose de très, très important.

Contrats déjà signés

M. Drainville: M. le Président, là, j'invite le ministre de la Santé à ne pas s'égarer dans les questions constitutionnelles. S'il veut en débattre dans un autre

forum, ça me fera plaisir d'en débattre avec lui et de parler de tout l'argent que le PQ est allé chercher à Ottawa du temps où il était au pouvoir.

Mais là on va parler du DSQ parce qu'on pense, nous, que c'est probablement la meilleure façon ou certainement une des meilleures façons d'accroître l'efficacité de notre système public de santé. L'année passée, à pareille date, j'ai posé la question à votre prédécesseur, et la position du gouvernement... et la réponse du gouvernement, c'était: Il n'y en aura pas, de retard, ça va être terminé pour 2010. Et là vous ne vous défilerez pas... le gouvernement ne se défilera pas en disant qu'il va y avoir un retard de trois à cinq ans mais que tout est beau, tout est normal, puis on fait ça pour le mieux. C'est inacceptable, un retard de trois à cinq ans dans un dossier qui est aussi prioritaire. Et ce n'est pas vrai qu'il n'y aura pas de coût rattaché à ce retard-là. C'est impossible, et on l'a vu dans bien d'autres dossiers qui ont été gérés par le même gouvernement, M. le Président.

Maintenant, lors d'une rencontre... le 5 mars 2008, lors d'une séance de travail de la Commission des affaires sociales, on avait demandé la liste des contrats signés et le nom de la firme qui avait eu les contrats. Nous avons demandé également la liste des personnes qui travaillent dans le bureau du DSQ avec leur provenance. On ne les a pas eues. On ne l'a pas eue, l'information. La secrétaire de la commission a dû s'adresser au cabinet du ministre à de multiples reprises, pendant des mois et des mois de temps, pour avoir cette information-là que votre prédécesseur s'était engagé à nous verser et que le gouvernement s'était engagé à nous verser.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi ça a pris tant de temps avant qu'on ait les contrats et comment ça se fait, à ma connaissance en tout cas, qu'on n'a toujours pas la liste des personnes qui travaillent au bureau du DSQ? Il est où, le Dr Simard, en passant, là, celui qui nous rassurait l'année passée, qui nous racontait toutes sortes de choses? Il est où? Il n'est plus là? C'est qui, le responsable du DSQ maintenant au ministère?

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

M. Bolduc: Bien, il y a le Dr Simard qui est responsable, qui est haut placé au niveau du DSQ. Actuellement, on a revu également la structure. Le DSQ va relever directement du sous-ministre au niveau de l'informatisation, M. Bernard Lefrançois. C'est tout simplement un changement de structure pour, nous autres, nous permettre d'avoir encore un meilleur contact avec le DSQ.

M. Drainville: Eh, mon Dieu!

M. Bolduc: Non, je pense que c'est une belle structure. Pour répondre à votre...

M. Drainville: C'est une belle structure? C'est la preuve que votre structure ne marche pas. Que vous fassiez sauter le responsable du dossier... Quand ça, ça s'est fait, quoi, là, il y a quelques jours, quelques semaines de ça...

M. Bolduc: Non, ça fait déjà...

Le Président (M. Kelley): ...la parole au ministre.

M. Bolduc: Actuellement, le dossier continue à aller... est sur la bonne voie. La preuve, M. le Président, je suis allé visiter la clinique Saint-Vallier il y a quelques semaines pour voir l'état du DSQ sur le terrain parce qu'il faut avoir un regard réaliste. Puis, moi, je dis toujours: Il faut rechercher la vérité dans ce type de dossier là. Et la réalité, c'est que, quand on est allés sur le terrain, les médecins sont en train d'essayer d'améliorer le produit pour s'assurer qu'il réponde aux besoins des clientèles, et ça se fait en collaboration avec les médecins et les infirmières du Groupe de médecine de famille Saint-Vallier. Et puis, par la suite, il va falloir intégrer toutes ces améliorations-là dans le DSQ original pour être sûrs que, quand on va le diffuser à la grandeur du Québec, qu'il soit bien positionné.

Pour ce qu'il s'agit des contrats, on pourra valider. On vous assure de notre collaboration. Et puis, s'il y a eu des difficultés, auparavant, d'avoir l'information, on validera, là, pour essayer de corriger la situation. Pour moi, je pense que c'est un enjeu que vous ayez la bonne information et ce seront des affaires à valider.

M. Drainville: M. le Président, il me reste deux minutes, là.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: On veut les contrats. Le gouvernement nous avait dit qu'on aurait les contrats. Quand aurons-nous les contrats qui ont été signés pour le DSQ? Quand?

M. Bolduc: Bien, on va valider, puis on va vous les donner le plus tôt possible. Je ne peux pas vous donner une heure précise, là, mais on va faire en sorte que ça arrive assez rapidement.

Personnel du bureau du DSQ

M. Drainville: Puis la liste des personnes qui travaillent au bureau du DSQ avec leur provenance parce qu'il y a un bon nombre... comme le Vérificateur général d'ailleurs l'a noté dans son rapport, bon nombre de ces personnes-là qui travaillaient ou qui travaillent peut-être encore dans l'équipe du Dr Simard provenaient de firmes privées. Est-ce que le ministre s'engage à nous fournir la liste des personnes qui travaillent au sein de l'équipe du DSQ avec leur provenance professionnelle, M. le Président?

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

M. Bolduc: Oui, on va transmettre les données. Seulement que je voudrais juste être sûr, là... C'est parce que c'est dit sur un ton que, le fait que ça vienne des firmes privées, il faut penser qu'au ministère on n'a pas les compétences pour développer une infrastructure technologique comme le DSQ, et je pense que le député de Marie-Victorin doit reconnaître qu'on fasse affaires avec des firmes d'experts. Si le Parti québécois ferait affaires avec des fonctionnaires dans leurs fonctions, le développement technologique d'une plateforme comme

le DSQ, il faut qu'il convienne maintenant que ça prend des experts pour développer ça. S'il ne reconnaît pas ça...

D'abord, on n'est pas sûrs que le Parti québécois aurait même pensé à faire une technologie comme ça parce que, sous leur règne, l'informatisation technologique dans le réseau était plutôt faible. Au même titre que les établissements n'étaient pas rénovés, on n'était pas capables d'avoir des ordinateurs qui avaient du bon sens. Et puis ils n'ont jamais eu de plan d'informatisation du réseau, et c'est sous notre gouvernement que ça s'est fait.

Peut-être qu'on va rappeler les faits au député de Marie-Victorin, et il ira vérifier. Parce que j'étais dans le réseau, le député de Mercier était dans le réseau, ça fait qu'on peut témoigner quand même de choses intéressantes. Et c'est notre idée à nous autres d'avoir une plateforme nationale qui, d'après moi, est encore quelque chose de fantastique.

M. Drainville: M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Court commentaire.

M. Drainville: On est d'accord avec le Dossier de santé du Québec. Laissez faire la politique partisane, on veut l'informatisation du réseau, on est d'accord. On pense qu'il faut l'informatiser, on pense qu'on peut aller chercher des gains de productivité puis on pense qu'on peut mieux soigner notre monde. Donc, laissez faire la politique partisane, je suis votre meilleur allié dans ce dossier-là.

Une voix: ...

M. Drainville: Mais oui, c'est vrai. Vous riez? Vous riez, mais vous n'étiez pas là, vous.

Le Président (M. Kelley): Adressez-vous à la présidence, s'il vous plaît, M. le député.

M. Drainville: Ça fait deux ans qu'on questionne le ministre là-dessus, ça fait deux ans qu'on questionne le gouvernement là-dessus.

Évaluation du projet pilote de la clinique Saint-Vallier, à Québec

Dernière question. Vous parlez du projet pilote de Saint-Vallier. Est-ce que vous avez un, comment dire?, un rapport, une espèce d'évaluation de ce projet pilote jusqu'à maintenant? Et est-ce que vous pourriez nous le déposer pour qu'on puisse connaître l'évolution de ce projet pilote qui est si important? D'ailleurs, M. le Président, je termine là-dessus, on a fait adopter le projet de loi sur le changement, au consentement... le projet de loi n° 70, en ajoutant un amendement. Et le porte-parole de l'ADQ et moi-même étions d'accord, et finalement le ministre de la Santé s'était rallié un peu à contrecœur. On a fait changer la loi pour s'assurer qu'il y ait une évaluation du projet pilote et qu'elle soit déposée à la Commission des affaires sociales. C'est dans la loi. Alors, est-ce que cette évaluation-là va nous être fournie bientôt, s'il vous plaît? Parce que, comme vous l'avez si bien dit, c'est important, ce projet pilote là, pour qu'on

sache comment on va pouvoir déployer par la suite dans le reste du Québec...

Le Président (M. Kelley): Courte réponse, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. Merci de votre collaboration. Puis je peux vous assurer que nous sommes sur la même longueur d'ondes, on veut installer l'informatisation dans le réseau. Mais je tiendrais à dire, en passant, puis je pense que le député de Mercier va pouvoir en témoigner, que le réseau est quand même assez informatisé au niveau des établissements de santé. Donc, il y a beaucoup de choses d'informatisées, et les plateformes de base sont là. Maintenant, il faut les relier pour assurer une meilleure communication.

Pour les contrats, c'est déjà disponible, semblerait-il, dans vos documents qu'on vous a transmis. Il y a une liste de contrats qui était présente.

M. Drainville: ...contrat, mais on n'a pas la copie du contrat.

Le Président (M. Kelley): M. le député, votre temps est épuisé. Je vais laisser le ministre terminer et je vais céder la parole à ma droite.

M. Bolduc: Pour ce qu'il s'agit du projet Saint-Vallier, vous comprenez qu'il n'y a pas de rapport final de fait parce qu'on est encore dans le projet, mais dans vos documents, à la question n° 115, vous avez un état de situation sur le projet de Saint-Vallier, ce qui devrait vous donner l'heure juste par rapport au projet.

Le Président (M. Kelley): Alors, pour compléter notre entente sur le rattrapage, je suis prêt à céder la parole aux députés ministériels pour un bloc de 13 minutes. M. le député de Laurier-Dorion.

Politique du médicament

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. J'aimerais amener, avec votre permission, le ministre sur le dossier des médicaments et la gratuité des médicaments, M. le Président.

Nous avons tous entendu des histoires parfois très malheureuses de personnes qui sont forcées à faire des choix entre se nourrir et acheter les médicaments nécessaires à leur condition de santé. Récemment, nous avons eu par contre un article de journal qui a été lu et dont on a fait référence dans d'autres médias concernant le fait que les Québécois sont parmi les Canadiens qui consomment le plus de médicaments. À prime abord, quelqu'un qui regarderait cet article-là pourrait être inquiet, disant: Écoutez, est-ce que c'est une question de surconsommation de médicaments? Par contre, M. le Président, je crois qu'il y a quelque chose de rassurant là-dedans pour les personnes qui ont nécessairement besoin de médicaments pour leur condition de santé, quand on sait aussi, M. le Président, que la prise régulière et correcte de médicaments est un élément de prévention qui, à plus moyen terme et long terme, sauve de l'argent à un système de santé. Lorsque les personnes consomment leurs médicaments correctement, régulièrement, ça les

empêche de tomber malades et nécessiter d'autres soins et d'autres traitements pour lesquels notre système de santé est déjà fortement sollicité.

● (10 h 20) ●

Maintenant, moi, je pourrais vous dire, M. le Président, que... et durant cette dernière campagne électorale, en faisant du porte-à-porte, les initiatives de ce gouvernement ont été saluées par des personnes, surtout des personnes qui sont des personnes âgées, des aînés, qui ont la gratuité, qui sont sur le supplément de revenu garanti et qui par le passé éprouvaient de la misère à boucler leur budget mensuel pour pouvoir prendre leurs médicaments. Moi, je crois que le régime d'assurance médicaments du Québec est un facteur qui permet aux Québécois de pouvoir avoir accès à leurs médicaments et qui est l'envie, je crois, M. le Président, du reste du Canada.

J'aimerais que le ministre nous décrive un petit peu ce qui a été fait dans ce domaine récemment, dans les dernières années, pour augmenter cette gratuité. Parce qu'on sait qu'on a fonctionné en paliers. Ce n'était pas tout le monde qui a eu cette gratuité ou cet accès en même temps. Je crois évidemment que le focus, l'emphase a été sur les personnes qui sont les plus nécessiteuses de la société. J'aimerais que le ministre nous explique un petit peu le cheminement, comment cette gratuité a été accordée par le gouvernement.

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

M. Bolduc: Je trouve que c'est un dossier intéressant. Et, s'il y a un endroit où le Québec se démarque au Canada, c'est dans sa politique du médicament. Juste pour faire un comparatif, dans les autres provinces, les médicaments ne sont pas accessibles parce qu'ils n'ont pas de plan d'assurance médicaments obligatoire. Et, lorsque nous avons eu la rencontre des ministres de la Santé en septembre 2008, les deux jours ont porté principalement sur une problématique. C'était que les autres provinces se plaignaient que, les gens qui avaient besoin de prendre des médicaments dans leur province, une bonne partie n'étaient pas capables de se les payer.

Et on parle de deux types de médicaments: les médicaments dispendieux, comme ceux du cancer, où on vous prescrit un traitement qui va vous coûter 30 000 \$, 40 000 \$, et vous n'êtes pas capable de vous le procurer. Donc, ce qui veut dire... c'est que vous n'aurez pas de traitement pour votre cancer. L'autre élément qui était important, c'est qu'il y a des gens qui travaillent, qui n'ont pas d'assurance privée, il n'y a pas de régime d'assurance public, et à ce moment-là, si vous avez 35 ans, vous travaillez dans un restaurant, dans un dépanneur, il n'y a pas d'assurance médicaments prévue, ça fait que, si vous êtes diabétique, vous faites de l'hypertension artérielle, chaque médicament coûte entre 50 \$ et 75 \$ par mois, donc chaque médicament, c'est 600 \$ par année.

Juste pour vous donner un exemple, quand vous êtes diabétique, vous avez nécessairement deux ou trois médicaments, qu'on appelle des hypoglycémifiants. Ça fait que ça, si vous regardez, c'est une facture de 150 \$ à 200 \$ par mois. Vous devez nécessairement prendre un médicament pour garder votre pression basse, et souvent, pour garder la pression basse, c'est un autre deux ou

trois médicaments. Donc, vous êtes rendu déjà avec une facture de 400 \$ à 500 \$ par mois, donc 6 000 \$ par année, alors que votre salaire ne vous permet pas de le faire. Qu'est-ce que les gens font? C'est qu'ils font un choix. Ils font un choix entre manger, s'habiller puis se loger et ils coupent sur leur médication. Qu'est-ce que ça a comme impact? Si vous êtes diabétique — là, on parle du diabète, mais on pourrait parler de plusieurs autres maladies — si vous êtes diabétique, vous ne prenez pas vos médicaments, vous allez avoir des complications plus rapides. Donc, à 50, 55 ans, il y en a un pourcentage, de ces gens-là, qui vont avoir des amputations, qui vont faire des crises de coeur. À partir du moment que vous commencez à être très malade, bien là vous rentrez à l'hôpital, et là ça nous coûte très, très cher, 400 \$ par jour, ou vous rentrez aux soins intensifs, hein, c'est jusqu'à 1 000 \$ par jour.

C'est intéressant parce que *La Presse*, en fin de semaine, ils notaient que justement, c'est qu'on avait une plus grande accessibilité au niveau des médicaments au Québec. Tout de suite au-dessus, il y avait un autre article qui parlait des États-Unis. Aux États-Unis actuellement, avec les pertes d'emploi, les gens perdent leurs assurances. En perdant leurs assurances, ils perdent leur accessibilité aux médicaments et, en perdant leur accessibilité aux médicaments, ils arrêtent de se soigner. Et il donnait l'exemple justement du diabétique qui a arrêté ses médicaments. Il complique... Parce que, là, il va faire de l'hyperglycémie, il peut même faire un coma, il rentre aux soins intensifs, et le coût du lit aux soins intensifs paie probablement son médicament pour les 10 prochaines années. Donc, on est, encore là, dans un cercle non vertueux où on ne fait pas de prévention, on a des complications, et à la fin, l'État, ça lui coûte plus cher.

Quand on regarde l'historique du médicament au Québec, moi, je l'ai vécu comme médecin de famille, il y a eu une époque, avant que l'assurance médicaments soit mise en place, où les patients venaient, on leur prescrivait, ils revenaient nous voir puis ils nous disaient tout simplement: Je n'ai pas le moyen de me payer ces médicaments. On ne pouvait pas rien faire. Et cette catégorie-là, c'est toujours la même catégorie, c'est-à-dire c'est ceux qui travaillent avec des plus bas salaires, que leur employeur ne peut pas leur fournir l'assurance et qui ne peuvent pas non plus faire partie du régime public d'assurance médicaments. Et cette catégorie-là était très pénalisée, hein? Puis on ne parle pas des riches puis on ne parle pas de ceux qui étaient des personnes âgées ou de l'aide sociale. C'était tout simplement le travailleur. C'était tellement un problème que j'ai vu des patients qu'il était préférable qu'ils quittent leur emploi, qu'ils deviennent sur l'aide sociale, où, à ce moment-là, on assurait la médication.

Par la suite, il y a eu deux modifications qui ont été faites. Il y a eu une différenciation plus grande entre si tu as avantage à garder ton emploi plutôt que de venir sur l'aide sociale et puis il y a eu le régime d'assurance médicaments. Mais, comme société... Puis ça, je l'ai vu régulièrement, des gens que, dès que tu étais trop malade, tu étais mieux de laisser ton emploi puis t'en aller sur l'aide sociale. Je suis convaincu que le député de Mercier a vu la même affaire, hein? Au niveau des antibiotiques, vous prescrivez un antibiotique qui devrait traiter un

patient. La médication va lui coûter 100 \$. Bien, ce que vous faites, vous faites un compromis sur le traitement. Vous allez lui donner quelque chose de moins efficace mais que par la suite on va peut-être devoir leur donner deux puis trois fois.

Ça, en passant, je fais bien attention, l'efficacité n'est pas nécessairement en fonction du prix. Parfois, c'est plus cher, mais moi, ce que j'insiste, c'est que pour la même efficacité il faut payer le moins cher possible, d'où mon argumentation que je vais faire tantôt.

Donc, au niveau de l'utilisation optimale des médicaments, le problème qu'on avait, c'est qu'on avait un problème de sous-consommation. Parce que, quand on parle d'utilisation optimale, il y a deux phénomènes: il y a le phénomène de la sous-consommation et il y a le phénomène de la surconsommation. Auparavant, quand les gens ne peuvent pas se le payer, ça veut dire que quelqu'un en a besoin et il ne prend pas le médicament qui est nécessaire. Ça, c'est de la sous-consommation. Ce que nous avons dans les autres provinces, c'est beaucoup de sous-consommation, c'est-à-dire des gens n'ont pas le moyen de se payer leurs médicaments, ce qui explique l'écart entre le Québec et les autres provinces, compte tenu que, nous autres, on a un régime d'assurance public et privé qui oblige que toute la population soit couverte. On assume que quelqu'un qui a besoin d'un médicament, il n'a pas de limitation d'accessibilité au niveau de son médicament, donc il va le prendre. Ça, ça explique le gros de l'écart entre les deux.

Et, si vous calculez, pour avoir un régime d'assurance médicaments complet pour toute la population, au Québec ça nous coûte 963 \$. Quand vous faites la moyenne des autres provinces, ça leur coûte 900 \$. Donc, pour un coût augmenté d'à peu près 8 % à 9 %, on réussit à couvrir toute une population et on se donne une accessibilité. Et j'économise, comme ministre de la Santé, comme gouvernement et comme population, nous économisons parce que, les patients qui prennent leurs médicaments pour la bonne cause, on ne les a pas dans nos hôpitaux, et à la fin ça a un impact. Le diabétique qui rentre aux soins intensifs, il nous coûte 1 000 \$ par jour, hein? Ça, c'est plus que sa médication pour probablement l'année. Puis à chaque année les diabétiques qui ne prennent pas leur médication, ils rentrent pour des soins intensifs. Ils rentrent dans les urgences, puis on les hospitalise. Mais, plus que ça, c'est des gens qui finissent avec des amputations, donc c'est les centres de réadaptation, c'est la perte d'emploi et puis, le plus important, c'est la souffrance humaine. Ces gens-là, hein, ils souffrent parce qu'on n'a pas su faire la prévention avant. Ça fait qu'il faut voir que la sous-consommation, c'est le problème des autres provinces.

Ce qu'il faut faire attention, on parle toujours d'utilisation optimale, c'est de mettre en place des mécanismes pour que la patient qui prend des médicaments qui ne sont pas nécessaires ne les prenne plus. Ça, c'est la surconsommation. Vous avez deux types de surconsommation, à mon idée. La surconsommation qui est beaucoup décriée dans notre société, c'est la personne qui prend beaucoup, beaucoup de médicaments non justifiés, tels que des anxiolytiques, hein? Il y a toujours une histoire de quelqu'un qui dit: Ils prennent trois médicaments pour les nerfs puis ils sont aussi nerveux qu'avant. Ça, c'est une médication qu'on doit contrôler,

puis c'est le professionnel de la santé avec son patient. Comme professionnel, il faut que tu contrôles cette affaire-là. C'est à toi de ne pas les prescrire. Et l'accessibilité facile. C'est-à-dire il ne faut pas aller chez le médecin, puis il te prescrit une pilule pour t'endormir parce que deux fois tu as passé deux nuits blanches. Ça, c'est de la surconsommation, je vous dirais, qu'il faut absolument qu'on travaille. On fait de la publicité, mais je pense qu'il y a une grande vague, au niveau de la population, de ne pas accepter cette surconsommation-là.

Il y a ce qu'on appelle une surconsommation qui est de la mauvaise consommation. C'est-à-dire, c'est un patient que, quand vous voyez sa médication, qu'il prend des médicaments qui sont soit incompatibles ou qu'il prend des médicaments qui ne sont pas nécessaires. Je vais vous donner un exemple. Si vous prenez des médicaments pour le cholestérol, si vous êtes jeune, vous avez 40 ans, et puis que vous faites une hypercholestérolémie sévère, bien c'est important que vous preniez votre médicament pour le cholestérol, sinon plus tard vous allez faire un infarctus. Mais, quand on vieillit, on arrive à un moment donné que, si vous avez 90 ans... bien vous n'aurez pas nécessairement besoin des mêmes médicaments pour faire de la prévention dans 20 ans. Donc, je ne vous parle pas du cholestérol, mais je vous parle de la médication en général, il faut savoir réévaluer la médication de nos patients sur une base régulière et il est aussi important d'arrêter des médicaments que d'en commencer. Pour moi, ça, c'est un enjeu majeur, il faut faire de la réévaluation de médicament.

● (10 h 30) ●

Donc, ce problème de mauvaise consommation conduit à une surconsommation parce qu'on prend des médicaments qui devraient être arrêtés et qui peuvent être arrêtés sans détrimement au niveau de la santé de la personne. Ça, la façon de le faire, c'est au niveau des pharmaciens. Eux autres revoient les médicaments au niveau des prescriptions, ils vont appeler le professionnel. Mais ça, c'est un enjeu de professionnalisme, c'est-à-dire que, moi, comme gouvernement, je peux faire des études pour démontrer qu'il peut y avoir de la mauvaise utilisation, mais on assume que le médecin, le pharmacien font leur travail.

Puis je vais vous donner un exemple. Moi, quand un patient venait me voir puis que c'était la première fois que je le voyais, je faisais toujours les antécédents et je demandais toujours: C'est quoi, la médication que vous prenez? Puis je la notais toujours dans mon dossier puis je faisais un suivi serré de la médication. Et puis, souvent, il y a des médicaments que... je disais: Ça, est-ce que c'est encore nécessaire? Vous avez commencé ça voilà trois ans... Et puis on évalue. Puis il y a des médicaments qui s'arrêtent, il y a des médicaments qui se changent. Souvent, on changeait aussi des médicaments pour des formules qui sont plus faciles à prendre ou encore des médicaments qui, à la fin, finissent par nous coûter moins cher. Donc, il faut avoir cette préoccupation-là.

Mais cette préoccupation-là, c'est au niveau des professionnels qu'on doit le faire, au niveau des médecins et au niveau des pharmaciens. Et ce qu'on fait également, c'est... maintenant, dans les urgences, c'est qu'ils prennent toute la médication au complet du patient, et les médecins

réévaluent. On se fait des contacts également. Quelque chose que nous avons fait comme gouvernement, il y a maintenant des codes qui permettent au pharmacien d'envoyer au médecin la liste des médicaments avec des recommandations thérapeutiques, c'est-à-dire, si vous voyez qu'il y a deux médicaments qui ont une incompatibilité ou vous pensez qu'un médicament est rendu non nécessaire, il va y avoir une recommandation du pharmacien au médecin.

Donc, l'utilisation optimale quant à moi est à rechercher. Et qu'est-ce que j'ai dit quand j'ai dit que j'étais satisfait de cette donnée? On n'est pas pour la surconsommation. Ça, c'est mal cité. O.K.? Ce qu'on dit, c'est que... Pourquoi, au Québec, la consommation est plus grande? La première raison, c'est qu'on fait une meilleure utilisation des médicaments parce que les patients qui en ont besoin le prennent. En même temps, on a mis des mécanismes en place de surveillance, de façon à s'assurer que la médication soit prise de façon adéquate.

M. Sklavounos: Merci pour cette clarification.

Le Président (M. Kelley): Un dernier court commentaire parce que je dois...

M. Sklavounos: Une courte question: Combien de personnes additionnelles bénéficient, depuis 2003, M. le ministre, de cette gratuité de médicaments? Si vous avez le chiffre avec vous.

Le Président (M. Kelley): Une courte réponse, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Bolduc: Voyez-vous, en juillet 2007, la gratuité complète a été accordée à 280 000 personnes qui sont vulnérables sur le plan économique, puis c'est ça qui... Je pense que c'est ça qui est important. Moi, j'ai toujours dit: On juge une société à la façon dont elle traite ses plus démunis. C'est que les gens qui avaient des problèmes par rapport à ça, ce n'est pas la personne qui avait une assurance privée, ce n'est pas la personne âgée de 65 ans et plus, ce n'est pas la personne qui était sur l'aide sociale, c'était le travailleur avec un faible revenu et, eux autres, souvent, là, ça les désavantageait.

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltrie, pour 20 minutes.

Dossier de santé du Québec (suite)

Prévisions budgétaires

M. Caire: Merci, M. le Président. Je vais poursuivre, moi aussi, avec le Dossier santé Québec parce que c'est un dossier qui nous préoccupe.

Et là-dessus je veux joindre ma voix à celle de mon collègue de Marie-Victorin en disant que je pense que les deux groupes d'opposition, tout au long de notre action, ont été des facilitateurs pour le gouvernement. J'en veux pour preuve deux projets de loi que nous avons adoptés pour faciliter ça, soit la capacité de la RAMQ à constituer ses registres et changer l'«opting out»... l'«opting in» pour l'«opting out», M. le Président, qui était dans l'objectif de faire en sorte que ce dossier-là avance.

Je réitère notre volonté de voir ce dossier-là avancer, progresser, mais, comme membres de l'opposition, on a aussi le devoir de s'assurer que tout ça se fait correctement, dans le cadre d'une saine gestion puis dans le cadre du respect des deniers publics. Et, dans ce sens-là, je ne pense pas tellement me tromper en disant qu'initialement le projet était évalué à 560 millions, avec la participation du gouvernement fédéral, avec des coûts hors portée d'à peu près 300 millions pour une mise à jour du parc informatique du réseau de la santé.

Ma question est très simple: Est-ce que ces budgets-là sont encore les bons? Seront-ils respectés à la fin du projet?

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

M. Bolduc: Actuellement, on est encore à l'intérieur des balises budgétaires qui étaient prévues. La preuve, c'est que, sur le 560 millions, on en a dépensé 146. Et puis on est à peu près au 25 % à 30 % du projet. Ce qui fait le retard, puis je tiens à remercier les deux oppositions de la grande collaboration dans ce dossier, parce qu'il y a des choses sur lesquelles on doit se rejoindre... L'informatisation, c'est un enjeu majeur pour notre réseau de la santé. La preuve, c'est qu'on a déjà beaucoup fait au cours des dernières années au niveau de l'informatisation. Et puis, avec le PACS qui est en train de s'installer, c'est un projet de 500 millions qui est en parallèle. Mais ça, c'est toutes des technologies qu'on met en place justement pour pouvoir avoir un meilleur accès au Dossier santé Québec.

Pour moi, actuellement, de ce qu'on peut voir, c'est qu'on est à l'intérieur des balises budgétaires. Où il y a un délai, c'est sur le développement de la plateforme technologique qui fait qu'il faut s'assurer que notre plateforme soit fiable, et là c'est un choix qu'on fait. Avant de mettre une plateforme qui pourrait représenter des problématiques lorsqu'elle va être diffusée à la grandeur du Québec, il faut s'assurer qu'elle fonctionne bien dans des projets pilotes et qu'elle fonctionne bien localement. Après, la deuxième étape, ça va être de prendre le temps de diffuser ça à la grandeur du Québec et il faut que le réseau de la santé soit capable d'absorber la quantité d'installations à une vitesse raisonnable. Et c'est là qu'il peut y avoir un certain délai.

Mais je vous ferais remarquer qu'actuellement les GMF sont informatisés. Ils n'ont pas accès à la plateforme DSQ, mais il y a beaucoup d'informations qui sont déjà au niveau des GMF, et, pour continuer, c'est... Maintenant, il y a une autre étape qu'on va entreprendre en même temps, c'est l'informatisation des établissements de santé pour qu'on puisse faire la passerelle.

M. Caire: ...DSQ, vous êtes en mesure aujourd'hui de nous garantir que vous êtes à l'intérieur des budgets et qu'il n'y a aucun indicateur qui vous donne à penser qu'il y aura un dépassement de coûts. Puis là on ne parle pas d'un dépassement de coûts marginal, on s'entend, là, mais d'un dépassement de coûts significatif. Vous êtes confiant, malgré les délais, de rester à l'intérieur du cadre budgétaire.

M. Bolduc: Actuellement, nos estimés nous laissent percevoir qu'on devrait être capables de le réaliser à l'intérieur des balises budgétaires prévues, du

cadre budgétaire. Des garanties, on ne connaît pas l'avenir, puis on ne connaît pas les imprévus, mais je vous dirais qu'actuellement, puis la preuve en est, c'est qu'on n'a pas dépensé 100 % du montant, puis on est à 25 % du projet. On est rendu à l'étape des projets pilotes et on est à 25 % au niveau de... Et puis, également, le Vérificateur général, il ne faut pas oublier, est en vigie sur notre dossier, puis actuellement, sans dire qu'il est élogieux, je pense qu'il trouve que le dossier évolue de façon convenable.

Plan de déploiement

M. Caire: Vous avez parlé de rodage, vous avez parlé de déploiement. Question très importante que j'avais posée à votre prédécesseur, c'était justement parce que... Je ne contesterai jamais vos capacités en médecine; par contre, en informatique, j'en connais un bout et je sais parfaitement qu'un des principaux obstacles, sinon le principal obstacle à l'implantation d'un système informatique, c'est la formation et le soutien qu'on peut donner au moment de l'implantation et la résistance naturelle au changement de ceux chez qui on plante des nouvelles façons de faire. Puis j'ai vu beaucoup de bons projets informatiques dans différents ministères, comme consultant, mourir au cimetière des bons projets informatiques parce que, par manque de connaissances, ils n'étaient pas bien utilisés ou pas utilisés du tout. Et on m'avait assuré, du côté de votre prédécesseur, M. Couillard, qu'il y avait des budgets qui étaient consentis à mettre en place des équipes de formation, des équipes de pilotage, des gens capables d'accompagner les différents intervenants dans l'implantation du système, pendant l'implantation, mais surtout après l'implantation.

Est-ce que c'est toujours dans les stratégies du ministère et des responsables du DSQ que de procéder de cette façon-là pour minimiser au maximum l'impact dont vous nous parlez?

M. Bolduc: M. le Président, je suis très, très content qu'on en discute puis qu'il y ait une question par rapport à ça. Je suis encore plus convaincu que mon prédécesseur que c'est la façon de faire parce que j'ai été un de ceux qui étaient informatisés en clinique depuis 2004, dans notre GMF, et je peux vous dire que les échecs dans l'informatisation de bureaux de professionnels, c'est lorsqu'il n'y a pas un bon suivi, puis il n'y a pas des bons mécanismes d'implantation. Parce que la technologie est disponible. Là, actuellement, puis le député de La Peltre a des bonnes connaissances en informatique, il sait que, dans les projets informatiques, de développer une plateforme, c'est complexe, c'est compliqué, et souvent il y a des détails à régler en cours de route, ce qui explique actuellement notre délai. Mais, une fois que la plateforme va être bien intégrée puis elle va être bien faite, la diffuser au niveau des professionnels, c'est le gros enjeu.

Puis je vais vous donner un exemple. Nous autres, on était dans un groupe de médecine de famille, puis les groupes de médecine de famille sont informatisés au niveau du bureau du médecin et...

M. Caire: Vous n'avez pas à me convaincre de ça, je le suis déjà. Je veux juste savoir qu'est-ce qui est planifié pour...

Le Président (M. Kelley): Mais il est en train d'expliquer. Vous avez posé votre question. Le ministre n'a pas fait de l'abus au niveau de la durée de sa réponse. Alors, la parole est à vous, M. le ministre.

M. Bolduc: M. le ministre... L'expérience de quelqu'un qui l'a vécu... On pourrait demander à des gens de venir témoigner. Bien, je peux témoigner comme professionnel et je vais corroborer ce que le député de La Peltrie nous a dit. Donc, il devrait être très content que je dise que ce qu'il dit là, il a parfaitement raison.

● (10 h 40) ●

En 2004, on a informatisé notre groupe de médecine de famille, comme tous les groupes de médecine de famille, et on a eu des ordinateurs avec des logiciels, et tous les médecins disaient: J'ai assez hâte d'avoir mon ordinateur, je vais pouvoir travailler avec. La problématique, six mois après, les gens ne travaillaient pas avec leurs ordinateurs. On était trois médecins à utiliser l'ordinateur sur une base régulière et pratiquement complète. Les autres, tu t'en allais dans leur bureau, il y avait des dossiers sur l'ordinateur, l'ordinateur n'avait jamais été ouvert, il y en a même qui n'étaient pas connectés. Il y a eu un problème d'implantation. Puis on l'a repris rapidement, parce qu'actuellement les médecins l'utilisent pour les laboratoires, l'utilisent pour faire de la prescription. Mais l'enjeu, l'enjeu dans la diffusion du DSQ, c'est que tous les professionnels doivent accepter de l'utiliser. Lorsque vous êtes dans un hôpital, ça va bien parce que les infirmières ont comme l'obligation de travailler avec l'ordinateur pour les examens de laboratoire, la pharmacie, mais, dans un bureau de médecin, c'est un professionnel autonome sur lequel on n'a pas d'emprise.

Et puis qu'est-ce qu'il faut faire pour réussir à l'implanter? Ça prend, dans un premier temps, un logiciel qui fonctionne bien parce que, si vous avez des problèmes avec votre logiciel, et ça, je pense qu'il va le reconnaître, le député de La Peltrie, si on a des problèmes avec le logiciel, les médecins ne l'utiliseront strictement pas, d'où l'importance de prendre le temps de créer une plateforme qui est conviviale et qui fonctionne bien. Et c'est préférable d'avoir un délai à ce niveau-là que de ne pas être capable de l'implanter par la suite. Ça, les deux partis d'opposition devraient convenir de ça. Donc, si on travaille dans le même esprit de collaboration, ils vont d'abord me demander: Je préfère prendre un peu plus de temps, mais vous m'assurez que le produit est de qualité et va fonctionner.

L'élément qui vient, c'est vraiment, avec les gens sur le terrain, de réussir à en faire l'implantation pour qu'ils l'utilisent tout le temps. Donc, ça prend un logiciel qui fonctionne bien, ça prend une installation qui fonctionne bien, ça prend également des gens qui vont bien l'expliquer, mais plus que ça — puis, moi, je pense que ça va être l'enjeu — ça nous prend un suivi, et il faut s'assurer que, si quelqu'un ne l'utilise pas, il faut aller faire le retour chez cette personne-là pour savoir le pourquoi, et le message, je vais le faire aux professionnels: Si vous voulez être bon pour l'utiliser, il faut l'utiliser tout le temps. Ça, c'est l'expérience, là, que, moi, j'ai apprise en bureau. Ceux qui disent qu'ils l'utilisent une fois à l'occasion ne sont pas capables de l'utiliser et ne développent pas l'habitude, mais ceux qui l'utilisent sur une base régulière, c'est-à-dire pratiquement tout le

temps, eux autres, ils deviennent très bons, et, pas longtemps après, on est tous gagnants parce que... Ça ne donne rien d'avoir un outil s'il n'est pas utilisé.

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

M. Caire: Oui, M. le Président. Ma question était fort simple et malheureusement elle n'a pas été abordée dans la réponse. On s'entend tous sur l'importance que ce soit fait. Maintenant, qu'est-ce qui est prévu dans le plan de déploiement? Qu'est-ce qui est prévu par le ministère de la Santé et par les responsables du DSQ pour que ça se fasse? Quelles mesures concrètes seront mises en place pour que ça se fasse? C'était ça, ma question.

M. Bolduc: Bien, le budget est déjà compris dans l'enveloppe globale et puis les...

M. Caire: Combien à peu près?

M. Bolduc: Ah! là, il faudrait... on va le chercher, mais...

M. Caire: O.K., s'il vous plaît.

M. Bolduc: ...ça fait partie de l'enveloppe globale, et puis les étapes, bien c'est celles que je viens de vous expliquer. Je peux vous les répéter au complet, ça va me faire plaisir.

M. Caire: Oui, j'aimerais ça.

M. Bolduc: Je pense, la première étape, c'est d'avoir un logiciel qui fonctionne bien, donc convivial. La deuxième étape, il faut installer les logiciels avec, je vous dirais, un cédule qui est adéquate, parce qu'on ne peut pas les installer partout en même temps parce que nos équipes de formation... O.K.

M. Caire: De formation.

M. Bolduc: La troisième, il va y avoir des équipes de formation. Quand le logiciel va être fait... Ils ne sont pas encore embauchés, mais vous comprenez qu'on va embaucher quand on va l'installer, puis après ça on va avoir des équipes de...

M. Caire: Oui, mais ça se fait en parallèle, ça. Le guide de l'utilisateur, ça se fait pendant le développement.

M. Bolduc: Non. Bien, le guide d'utilisateur est en train d'être développé parce qu'on développe le produit. Une fois qu'on a un guide d'utilisateur, après ça, ça va être des équipes...

M. Caire: De formateurs.

M. Bolduc: ...de formateurs qui vont installer ça...

M. Caire: Vous estimez ça à peu près à combien pour être capable de faire un déploiement optimal?

M. Bolduc: Je ne le sais pas encore, mais on a l'expérience des GMF. Ce qu'il faut voir actuellement, c'est qu'il y a deux types d'installation. Il y a l'installation de la quincaillerie, donc il faut doter les cliniques d'ordinateurs pour qu'elles puissent le recevoir. Ça, quand on va arriver, pour vous donner une perspective...

M. Caire: C'est en train de se faire, normalement.

M. Bolduc: C'est en train de se faire parce qu'à toutes les fois qu'on met des groupes de médecine de famille en place...

M. Caire: Elles sont informatisées.

M. Bolduc: ...on installe l'informatique. Et, si vous calculez que d'ici... on forme à peu près 40 à 50 groupes de médecine de famille par année. Donc, quand on va arriver dans deux ou trois ans, au moment de l'installation, à ce moment-là, à peu près les deux tiers des médecins omnipraticiens du Québec devraient avoir le DSQ.

M. Caire: Est-ce que vous avez déjà prévu d'avoir une espèce de service qu'on a quand on achète n'importe quel produit informatique, c'est-à-dire une ligne de dépannage? Est-ce que vous avez prévu de faire des tournées des établissements pour faire un suivi? Moi, c'est ça qui est ma question, là, c'est ça qui est...

M. Bolduc: Bien, je vais vous répondre assez facilement, il me semble que c'était évident, mais, comme de fait, on va le dire, oui, il va y avoir des équipes. Un, il va y avoir des équipes pour la mise en place, il va y avoir des équipes pour le suivi, et actuellement, comme il existe dans tous les technocentres de chacune des agences, on a des gens pour répondre 24 heures sur 24 sur des problèmes informatiques.

M. Caire: Quand j'ai parlé avec Dr Simard la première fois, le système devait être déployé dans 16 technocentres. Après ça, on s'était parlé, puis, autre signe de la collaboration des groupes d'opposition, j'avais échangé avec Dr Simard, et il s'était rangé à mes arguments, puis il l'a dit ici d'ailleurs, en commission, que, 16, c'était extrêmement problématique. On avait convenu de le ramener à trois technocentres.

Comment ces technocentres-là vont être orchestrés pour être en mesure de donner un service provincial? Parce que l'avantage, c'est que vous dédoublez moins vos banques de données, mais le désavantage, évidemment vous avez un service qui est moins de proximité. Donc, est-ce que vous avez pensé à ça pour avoir quand même un service efficace puis un service terrain, là?

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

M. Bolduc: M. le Président, je vais répondre au député de La Peltrie, c'est dans son domaine, mais je suis un maniaque d'informatique. On parle maintenant de virtualisation, O.K.? Même actuellement, la grande mode en informatique, si vous regardez les compagnies comme IBM, Oracle, Sun, la grande tendance informatique, là, pour ceux qui ne le savent pas actuellement, c'est

qu'on va comme désincarner nos systèmes informatiques pour les installer dans des banques centrales à des endroits, ça va toujours être au Québec, mais l'endroit n'a plus d'importance, O.K.? En tout cas, moi, j'appelle ça la virtualisation des systèmes, c'est-à-dire que vos données peuvent être n'importe où, un peu comme votre système bancaire. Vous avez un compte de banque, il est à quelque part, mais vous ne savez pas à quel endroit qu'il est et c'est bien que ce soit comme ça, O.K.?

Donc, au Québec, pour répondre au député de La Peltrie, au Québec, on ne sera pas à l'encontre des grandes réformes informatiques qui sont en train de se faire, on va travailler avec un concept de virtualisation. Est-ce qu'il va y avoir 16 technocentres qui vont s'en occuper? Est-ce qu'il va y en avoir trois? Est-ce qu'il va y en avoir un? Ça, je vous dirais que c'est de la technicité qui est intéressante de discuter ici...

Une voix: ...

M. Bolduc: Non, non, c'est intéressant de discuter ici, mais on va faire le meilleur choix pour le Québec. Et, comme de fait, on ne restera pas à 16 centres. On va probablement consolider. Bon, à savoir: Est-ce que ça va être trois, quatre ou deux? bien, en temps et lieu, on va prendre des décisions par rapport à ça.

M. Caire: On régresse, là.

M. Bolduc: Mais je suis tout d'accord... Je suis content qu'il y ait sa collaboration par rapport à ça...

M. Caire: Non, mais...

M. Bolduc: ...puis je pense qu'on va trouver, de gros bon sens, la meilleure solution.

M. Caire: M. le Président, on régresse parce que le Dr Simard...

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Caire: ...le Dr Simard m'avait bien assuré que c'était trois technocentres parce que 16, ça veut dire que vous multipliez par deux la quincaillerie, ça veut dire que vous multipliez par deux les équipes de maintenance, ça veut dire que vous avez 16 banques de données, ça veut dire qu'à chaque fois que votre patient va se présenter dans un centre de santé et qu'il va y avoir une demande d'accès à l'information sur le réseau, vous avez 16 requêtes qui partent dans 16 centres différents, ça veut dire que vous multipliez votre trafic sur votre réseau par 16. Ce n'est pas des technicalités. Je suis désolé, mais c'est la différence entre quelque chose qui marche puis quelque chose qui ne marche pas. Alors, personnellement...

Une voix: ...

M. Caire: ... — je n'ai pas fini, M. le Président — personnellement, je vais recommander une banque centrale.

Et, par rapport à ce que le ministre... Le Dr Simard avait dit trois pour des raisons de sécurité, j'étais tout à fait d'accord avec ça. Là, je comprends que la décision n'est plus cannée. On revient sur la décision qui avait été prise par les dirigeants du DSQ, on réévalue tout ça. Peut-être que c'est pour ça qu'il y a des délais, M. le Président, puis peut-être que c'est pour ça que le système tarde, parce qu'on n'arrive pas à se fixer sur les décisions.

Et autre point qui m'inquiète dans ce que le ministre vient de dire. Oui, je comprends que les banques peuvent être désincarnées, peuvent être virtualisées, tout à fait d'accord avec ça, mais garantissez-moi au moins que ça va être conservé au Québec, là, puis qu'on va avoir un système qui va être au Québec, opéré au Québec, et qu'on va avoir des systèmes qui vont être quand même localisés.

Et troisième élément, qui est fondamental, puis je pense que le ministre mieux que quiconque devrait le savoir, c'est qu'à un moment donné il y a quand même une limite, quand on fait de l'implantation puis de la formation, à désincarner. Je veux dire, si la seule aide qu'on peut recevoir, c'est l'aide en ligne, bien la personne qui ne se sert pas du système informatique parce qu'elle est plus ou moins à l'aise avec ça, il y a peu de chances qu'elle aille chercher son information en ligne. Ça va prendre une personne physique à un moment donné pour répondre à la demande. Et là, si on désincarne tout, puis si on fait tout de façon virtuelle, bien il y a une clientèle que vous ne rejoindrez pas, que vous mettez à risque. Ça fait que, là, je pense qu'il y a beaucoup d'éléments dans ce que le ministre a dit qui sont plutôt de nature à nous inquiéter qu'à nous rassurer, là.

M. Bolduc: M. le Président...

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

M. Bolduc: M. le Président, je vais être content, je vais le réassurer au total. Tout ce qu'il a dit là... d'ailleurs, c'est... les explications qu'il a données, c'est les réponses que je donne depuis tantôt. C'est que, dans un premier temps, j'ai dit qu'on allait vers la virtualisation, puis actuellement, au niveau du ministère, l'orientation qu'on prend, ce n'est pas trois techno-centres, c'est deux, O.K.? Deux tout simplement parce que... Un, s'il vous arrive un gros problème, vous n'avez pas de «backup», à ce moment-là, ça en prend au moins deux. Trois, ce n'est probablement pas nécessaire. Et c'est des annonces qu'on a déjà faites au P.D.G. des agences.

Ça fait que je vais le réassurer et, s'il peut penser que c'est ça qui regarde le projet, absolument pas. Parce que ça, c'est une décision qui est déjà prise, O.K...

M. Caire: Ça, c'est fait.

M. Bolduc: Ça, c'est fait...

M. Caire: O.K.

M. Bolduc: ...et puis je suis content de le convaincre que ça n'a rien à voir avec un retard de projet. C'est le délai, c'est la création de la plateforme

technologique qui doit être fiable. Ça, personne ne peut nous le reprocher, ça doit être fait comme ça.

● (10 h 50) ●

L'autre élément, quand il parlait que c'est un autre élément, c'est l'aide à l'utilisateur. L'aide à l'utilisateur, vous avez plusieurs niveaux. Il faut comprendre qu'en informatique il y a des gens qui sont très, très habiles et qui peuvent même aider les autres à résoudre des problèmes. Il y en a qui n'ont pratiquement jamais touché à un clavier. Ces gens-là, ce n'est pas l'aide en ligne qui va dire: Faites la procédure. Il faut qu'il y ait un professionnel qui vient à côté puis qui lui montre sur un système qui d'abord doit être convivial. Et ça, c'est toutes des choses qu'on va mettre en place, parce que l'objectif final, c'est que nos professionnels les utilisent. Et il faut tenir compte du besoin de l'utilisateur.

L'utilisateur, c'est l'utilisateur. Il y a des utilisateurs qui ont des formations variables, qui ont des habilités variables. Donc ça, ça va tout être pris en compte, et on va travailler avec le principe que la majorité, ça va bien aller. Et ceux qui ont plus de difficultés, on ne les mettra pas de côté, on va leur apporter encore plus d'aide. Ça, c'est ça, les mécanismes qui vont être mis en place. Et je suis content parce que le député de La Peltrie, dans son explication, nous a dit qu'on a fait un bon travail si on pense comme ça, et je le prends comme un compliment.

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

M. Caire: C'est avec plaisir, M. le Président, que je vais compléter... que je vais complimenter le ministre. Je pense qu'il y a des choses là-dedans qui ont été faites, qui ont été bien faites, je ne me suis jamais gêné pour le dire. Par contre, bon, là, j'apprends qu'on est passé de trois à deux, puis c'est correct; moi, je n'ai rien contre ça, au contraire. Ce que je n'ai pas entendu, puis... Si vous ne l'avez pas ici maintenant, ce n'est pas grave, mais ce que j'aimerais avoir, c'est éventuellement le plan de déploiement que vous entendez mettre en place. Donc, vous m'énoncez les principes auxquels j'adhère, mais vous et moi savons très bien que ces principes-là, à un moment donné, il va falloir qu'ils s'ancrent dans la réalité, dans le concret.

Puis ça, ça veut dire un plan de déploiement. Puis j'en ai écrit quelques-uns dans ma vie. Alors, oui, il faut répondre à des principes, mais, à un moment donné, il y a du concret: qui, quand, comment, pourquoi. Et ça, je ne sais pas si c'est fait. Vous me dites que les budgets sont déjà prévus pour ça, tant mieux. Maintenant, j'aimerais ça que le ministre me rassure sur le fait qu'il y a effectivement un plan de déploiement. C'est un projet de 560 millions, plus 300 millions de dépenses en infrastructures, je pense qu'on est en droit de s'attendre à ce qu'il y ait un plan de déploiement pour faire en sorte que ce système-là soit utilisé de façon optimale. C'est ce que tout le monde souhaite, là. Il n'y a personne ici qui est l'ennemi du DSQ, là.

M. Bolduc: Je veux rassurer...

Le Président (M. Kelley): Une courte réponse pour compléter le bloc, s'il vous plaît.

M. Bolduc: M. le Président, je veux rassurer le député de La Peltrie, là. Le plan de déploiement, ça s'est déjà fait dans le réseau, ce type de manoeuvre, et on va le refaire. Puis il y a toujours un plan de déploiement, excepté qu'on va écrire le plan de déploiement au bon moment, O.K.? On n'est pas obligés de l'écrire aujourd'hui. C'est au moment de faire le déploiement, quelques mois avant, qu'on prend toutes les mesures pour que ça s'organise. Mais toute l'infrastructure de base, entre autres les deux technocentres, ils vont déjà être mis en place.

Juste pour compléter, parce qu'on veut qu'ils aient le plus d'informations possible, la formation du personnel, on a un budget de 12,4 millions de dollars de prévu, puis, au niveau de la mise en oeuvre et déploiement régional, c'est 59 millions de dollars qui est réservé pour faire cette manoeuvre.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je suis prêt maintenant à céder la parole à Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Coût des projets informatiques dans les hôpitaux

Mme Rotiroti: Merci, M. le Président. Alors, je voudrais revenir dans le livre des crédits de la RAMQ, spécifiquement à la page 56, 57. On voit un tableau concernant le budget des projets informatiques dans nos hôpitaux. Et, si je comprends bien le tableau, on a le montant initial prévu pour l'ensemble du projet et, dans la troisième colonne, on a les sommes totales engagées à ce jour. Et, si je comprends bien, quand on regarde le pourcentage de réalisation à ce jour, les projets ont été réalisés à 100 %. Alors, permettez-moi, M. le Président, juste de citer quelques exemples.

On a l'installation... sécurité de l'information numérique, et tout à l'heure le ministre a parlé au niveau de la sécurité de nos systèmes informatiques, comme quoi que c'était prioritaire. Alors, le coût initial du projet est de 7,3 et quelques millions. Le coût qui a été engagé, c'est de 3,3 millions, et le projet, je répète, a été réalisé à ce coût-là à 100 %. Ça veut dire que... Puis il y a plusieurs exemples là-dessus, là, dans les deux pages. Alors, si je comprends bien, on a été capables de réaliser ces projets-là en dessous du coût initial du projet. Alors, je pense que pour ceux et celles qui se questionnent au niveau des dépassements de coûts, je pense que c'est l'exemple idéal de dire à ces gens-là que non seulement on est capables de respecter les budgets, mais on est capables de réaliser nos projets en dessous des coûts qu'on a estimés au début.

Alors, pouvez-vous, monsieur... M. le Président, est-ce que le ministre peut nous expliquer cet écart dans le montant, coût initial par rapport à qu'est-ce que ça a vraiment coûté pour réaliser le projet?

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

M. Bolduc: M. le Président, je laisserais la parole à un de nos experts pour expliquer, pour donner

l'information parce qu'il est plus habilité que moi par rapport à ce dossier.

Le Président (M. Kelley): Est-ce qu'il y a consentement?

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Parfait. Alors, si l'expert peut bien s'identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Giroux (Marc): Marc Giroux, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie.

Donc, c'est une question intéressante parce qu'on entend souvent maintenant des histoires de dépassement de coûts en informatique. On a regardé attentivement les projets qu'on a réalisés depuis 2003. Vous en avez 10, projets. Si on fait le total... parce que, oui, à un projet, on peut sauver de l'argent, mais par contre, sur d'autres projets, on peut dépasser. Donc, on s'est dit: Regardons le problème de façon globale. Et on s'aperçoit, par exemple, que, sur les 10 projets qui sont réalisés à 100 %, si on fait le total du montant initialement prévu avec le total des sommes engagées... On a un montant initialement prévu de 28 814 000 \$ et les sommes engagées, donc ce que ça nous a coûté, c'est 22,9 millions. Donc, de façon globale, l'économie... on a surestimé, donc on a économisé 19,1 % des coûts qui avaient été prévus.

Par contre, je dois dire en toute honnêteté qu'il y a un projet qui a coûté plus cher que prévu, et ce projet-là, c'est ce qu'on appelle Communication interactive avec les pharmacies. Vous savez qu'on est en contact constant, à la régie, avec les pharmacies, 24 heures par jour, 365 jours par année. Donc, on a un système ultra-robuste qu'on appelle Communication interactive avec les pharmaciens qui sert à valider le paiement et à payer en temps réel les pharmaciens.

Pour vous donner une idée de la capacité de ce système-là, en 2008, on a réalisé 151 millions de transactions, 151 millions de transactions avec des pics, des pics par certaines journées de l'année. Comme le 29 décembre 2008, on a eu 768 000 transactions. Donc, c'est un système à haut débit, très robuste, et ça explique... Par ailleurs, je vous donne un exemple. Dans les pics, on passe 62 transactions à la seconde. Donc, ça prend des systèmes robustes.

Et, lorsqu'on a développé ce projet-là, on s'est aperçu qu'il était mieux d'avoir des meilleurs outils d'alertage. Bon, c'est quoi, un outil d'alertage? C'est essentiellement le monitoring du suivi de ces transactions-là. Il y avait des serveurs qui étaient indépendants, on s'est dit: Ce serait peut-être mieux de les mettre tous ensemble puis d'avoir un outil informatique pour suivre ça.

La deuxième raison, c'étaient des outils de test de charge. Donc, vous voyez qu'une charge de 151 millions de transactions, c'est critique. Donc, encore là, au lieu de faire ça à la main, entre guillemets, on a acheté une composante logicielle pour ce faire.

Soit dit en passant, puis je pense que c'est rendre hommage aux employés de la régie, les professionnels de l'informatique qui ont travaillé à ce niveau-là, ce projet-là a été fait 100 % à l'interne. Donc, même si les

coûts dépassent, en réalité ce n'est pas un contrat qu'on a donné à l'extérieur, ça n'a pas été des allonges de contrats, c'est un travail qui a été fait exclusivement à l'interne. Donc, on pense que c'est un travail qui a été remarquable. Et c'est pour ça que, oui, dans certains secteurs, on a économisé. D'autres secteurs, ça coûtait un peu plus cher. La vision globale, c'est de dire: Bien, 19 % de moins cher, on est très satisfaits de cette performance-là. Pourquoi certains coûtent moins cher? Bien, c'est dû souvent à une gestion très, très serrée de ces projets-là. On a des comités, on a des suivis serrés et on a une obsession au niveau du respect des coûts.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

Mme Rotiroti: Bien, dans le fond, je voulais juste apporter un commentaire plus qu'une question. De un, félicitations et, de deux, je pense que faire... on a économisé à peu près 6 millions sur 16 projets, je pense que ça mérite d'être souligné.

Et, quand vous parlez au niveau de Communication interactive pour les pharmaciens, vous dites qu'il y a un dépassement de coûts. Je pense que vous étiez quand même très bons parce que le coût initial, le montant prévu pour l'ensemble du projet était de 2 millions et vous étiez à 2,5. Alors, quand même, incluant ce dépassement de coûts là, si vous voulez dire ça, on a quand même économisé, on a eu quand même un profit de 5,5 millions, là.

● (11 heures) ●

Une voix: 6 millions.

Mme Rotiroti: 6 millions, là. Ça fait que félicitations. Bravo!

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Trois-Rivières.

Suites données aux recommandations du Vérificateur général

Mme St-Amand: Merci, M. le Président. Alors, pour aller un peu dans la même ligne que ma collègue au sujet du régime... de la Régie de l'assurance maladie du Québec, lors de son dernier rapport, le Vérificateur général a fait un suivi sur ses recommandations. On a constaté qu'il y en a plusieurs qui avaient été suivies, d'autres un peu moins. Est-ce qu'au niveau de la RAMQ on peut savoir ce qui sera fait pour remédier à cette situation-là?

M. Giroux (Mare): Tout à fait. Le Vérificateur général a déposé son rapport à l'Assemblée nationale pour 2008-2009, le tome II, le chapitre 6, qui était le suivi de vérifications d'optimisation des ressources. Donc, pour les références exactes, vous pourrez aller le lire au complet, je vais procéder à citer certains extraits.

Les conclusions générales du Vérificateur disaient, bon: «Nos travaux de suivi nous amènent à conclure qu'il y a eu des progrès notables dans la gestion du régime général d'assurance médicaments depuis 2003-2004. En effet, 14 des 17 recommandations du Vérificateur

général dont nous avons assuré le suivi, soit 82 %, ont fait l'objet de progrès satisfaisants.»

Si maintenant on repasse rapidement ces éléments-là, un des éléments qui avaient fait l'objet de l'analyse en 2003-2004, c'était l'information donnée à la population sur l'admissibilité. Donc, le Vérificateur disait, bon: Il faut «prendre des mesures pour améliorer la compréhension du régime général et la connaissance de la loi par la population». Pour ce faire, entre autres, on a élaboré des campagnes d'information pour améliorer la connaissance. Donc, on peut vous dire, en date d'aujourd'hui, que la connaissance sur l'obligation d'avoir un régime d'assurance médicaments est aux alentours de 81 %.

Les jeunes, qui est un peu la couche qui est un peu difficile à convaincre ou à informer, de 18 à 26 ans, c'est passé de 70 % en 2007 à 79 %. Et surtout qu'est-ce qu'on trouve intéressant maintenant avec l'utilisation d'Internet, c'est qu'on a mis à la disposition de la population un questionnaire qui s'appelle *Vérifiez votre situation*, sur le site Internet, et on a constaté une augmentation importante de la fréquentation de ce site-là: globalement 92 %, plus chez les jeunes de 18 à 25 % où on avait 97 % d'augmentation, et, sur les 65 ans et plus, 81 %. Donc, c'est une consultation qui est accessible à tous.

Sur un autre élément, Mettre en place des mesures facilitant l'accessibilité du service téléphonique, lorsque le Vérificateur général était passé à la régie en 2003-2004, à ce moment-là on parlait de 50 % de taux d'accessibilité. En 2007-2008, le taux était à 63 %, c'est-à-dire lorsqu'ils ont fait leur vérification le 8 juillet 2008. Et, cette semaine, on apprenait avec satisfaction que le taux d'accessibilité était maintenant de 83 %. On sait que le taux recommandé par l'industrie, c'est 85 %, donc on s'en vient sur la bonne direction. Et aussi on fonde beaucoup d'espoir sur un nouveau service en ligne qui permettra à la population de s'inscrire ou se désinscrire au régime d'assurance médicaments. On devrait implanter ce nouveau service en ligne là dans les mois qui suivent.

Dans un autre ordre d'idées, on parlait d'admissibilité des participants, inscription au régime public et paiement de primes. Le Vérificateur général recommandait d'«améliorer sa procédure de contrôle afin de s'assurer de l'admissibilité des participants au régime public lors de leur adhésion et pendant la période de couverture». Donc, là-dessus, les commentaires du Vérificateur général disaient: «Depuis la vérification initiale, la RAMQ a déployé des efforts pour corriger ces lacunes, et les [projets] réalisés à ce jour s'avèrent satisfaisants. Ainsi, dans l'ensemble, les mesures appliquées permettent de mieux contrôler l'admissibilité des participants au régime public lors de leur adhésion et pendant la période de couverture...»

La RAMQ a également accru ses contrôles a posteriori pour valider l'admissibilité des participants, ce qui lui a permis de récupérer des sommes importantes. On continuait au niveau d'autres éléments: poursuivre leurs efforts afin de s'assurer que les participants au régime public paient leurs primes et s'assurer que toutes les personnes admissibles participent au régime. C'est une activité qu'on fait conjointement avec Revenu

Québec. Les commentaires du Vérificateur général sont les suivants: «Les opérations effectuées depuis par la RAMQ et Revenu Québec se sont accrues et répondent de façon satisfaisante aux deux recommandations du Vérificateur général. Ainsi, le programme conjoint de Revenu Québec et de la RAMQ dont nous avons parlé précédemment a été reconduit. Il a donné la possibilité de vérifier [...] une moyenne de 136 843 dossiers par an et de récupérer au total [116 millions] de dollars.» Donc, c'est quelque chose d'intéressant.

Un peu plus loin, dans le contrôle des demandes de paiement des pharmaciens, on mentionnait qu'il fallait tenir compte de l'ensemble des risques qu'elle indique dans son processus de sélection des pharmacies à vérifier. Là-dessus, encore là: «Notre suivi nous a permis de noter que la RAMQ a revu sa méthodologie de contrôle a posteriori de la facturation des pharmaciens. Le nouveau cadre méthodologique, en application depuis avril 2006, comporte un algorithme de décision qui tient compte de l'ensemble des risques lors de la sélection des pharmacies à vérifier.» Les progrès sont donc satisfaisants.

On parlait aussi d'augmenter le nombre de vérifications effectuées en pharmacie et le nombre d'analyses réalisées. C'est également ça, depuis 2005-2006, la RAMQ a visité plus de pharmacies et fait davantage d'analyses. Le nombre de pharmacies visitées a atteint une moyenne de 19,3, alors qu'à l'époque cette moyenne était à 5,7. Donc: «En conclusion, nous jugeons les progrès satisfaisants car des gestes significatifs ont été posés par la RAMQ pour augmenter le volume des contrôles a posteriori, ce qui donnait également suite à une recommandation de la Commission des affaires publiques. Quant au processus de vérification des pharmacies, encore là il a été revu, et le Vérificateur mentionnait: «Nous considérons donc que le nouveau processus adopté par la RAMQ est satisfaisant.»

On parlait aussi d'une vérification au niveau des personnes assurées, si les personnes... c'est d'expédier une lettre aux personnes pour savoir si elles ont bien reçu les médicaments. À ce niveau-là, on a une mention «non satisfaisante», «progrès insatisfaisants», pour la raison suivante. C'est qu'on a fait un projet pilote avec 2 000 personnes pour voir si on était capables vraiment de vérifier si les services rendus avaient été rendus. Or donc, il faut savoir qu'avec notre fameux système qu'on parlait tout à l'heure, de CIP, de communication interactive avec les pharmaciens, il y a une validation en temps réel: le patient arrive avec une prescription, il la donne au pharmacien, il y a une validation instantanée. Donc, on ne croyait pas beaucoup à la nécessité de savoir si effectivement il y avait eu prescription parce que le pharmacien avait la prescription dans les mains. Nonobstant cela, on a fait un projet pilote, et 100 % des gens nous ont dit: Écoutez, oui, c'est vrai, je suis allé à la pharmacie une telle, tel jour, mais demandez-moi-z-en pas plus parce que je ne peux pas vous dire exactement le nom. Parce qu'il y a le nom commercial, nom générique des médicaments, quantité de médicaments. On ne peut pas donner ces informations-là à l'assuré lorsqu'on lui écrit.

Donc, pour faire une histoire courte, on trouvait que, même si c'était prévu dans la loi, ce n'était pas facilement applicable et ça donnait peu de résultats. Donc, on a dit au Vérificateur général: En tout respect,

on pense qu'on serait mieux de mettre nos activités de contrôle ailleurs. Et là-dessus le Vérificateur général nous a dit: Bien, écoutez, c'est marqué dans votre loi. Donc, je vais mettre «insatisfaisant». Donc, la régie a l'intention de recommander au gouvernement d'abolir cet article-là qui, pour nous, n'a pas vraiment de valeur ajoutée.

Et finalement il y avait une autre mention de progrès insatisfaisant. C'était sur l'imposition de frais de recouvrement, prévus dans la loi, sur les sommes dues par les pharmaciens propriétaires. Donc, je suis heureux de vous apprendre qu'aujourd'hui, en date d'aujourd'hui, depuis le mois de mars dernier, il y a maintenant cinq critères qui nous guident dans les frais de recouvrement. Donc, si le Vérificateur général repassait chez nous dans les semaines qui viennent, il pourrait dire que c'est mission accomplie, que ce problème-là est réglé.

Donc, globalement, pour nous, évidemment quand on lit que le Vérificateur général est satisfaisant, on considère qu'on a très bien travaillé et dans le fond, on a presque résolu tous les problèmes où on atteint un «progrès insatisfaisant». Il demeure qu'une modification législative va s'imposer pour régler le dernier élément.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée ou... S'il vous plaît.

Mme St-Amand: ...pour terminer, je pense que c'est vraiment intéressant que la population sache ça, et je vous félicite, votre équipe aussi, parce que vraiment c'est du beau travail et c'est une belle fierté pour nous, la Régie de l'assurance maladie. Alors, merci beaucoup.

État de la situation de la salle d'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Moi, je vais commencer une couple de questions. Il ne reste pas beaucoup de temps, mais on peut être président d'une commission, mais avant tout on est député à l'Assemblée nationale.

Et, avec le ministre et nos collègues de Robert-Baldwin, Nelligan et Marquette, nous avons visité l'Hôpital Lakeshore au mois de février et nous avons constaté des choses intéressantes, notamment un progrès au niveau du nombre de chirurgies, chirurgies un jour, et tout le reste. Dr Kurgansky et son équipe, je pense qu'elle fait des choses intéressantes.

● (11 h 10) ●

Mais on a vu également des situations qui sont plus problématiques. Et je suis très conscient du fait que souvent la salle d'urgence... quand il y a d'autres éléments dans le réseau qui sont moins performants, souvent les problèmes s'accroissent aux salles d'urgence. Mais je rappelle au ministre que le Lakeshore est un hôpital qui a été construit dans les années soixante pour un jeune bassin de population de 100 000 personnes, qui est maintenant rendue, avec la Presqu'île et Vaudreuil-Soulanges, une population de pas loin de 300 000 dans le bassin, et une population vieillissante. Alors, les enjeux des années soixante sont très différents pour l'hôpital d'aujourd'hui. Alors, après la visite, il y avait certaines problématiques qui ont été soulevées, et je commence avec juste l'état physique de la salle d'urgence,

et après ça je vais revenir sur les questions des lits longue durée. Parce qu'une des solutions pour l'hôpital, c'est de trouver une meilleure place pour les personnes âgées surtout qui ont besoin de convalescence ou des soins longue durée.

Alors, pour la population de l'Ouest-de-l'Île de Montréal et de la Presqu'île, au niveau de l'amélioration des situations dans la salle d'urgence de Lakeshore, où en est rendu le ministre dans sa réflexion?

M. Bolduc: Dans un premier temps, je vais vous remercier parce que, quand j'ai visité l'Hôpital du Lakeshore, la plupart des députés étaient là, tous les députés du secteur étaient à cet endroit. Et ce qu'on fait généralement, c'est que, dans ma tournée des urgences, je visite les urgences et les établissements en difficulté — mais le Lakeshore n'est pas dans cette liste-là — mais on se donne également la peine de visiter tous les autres établissements du Québec et de prendre le temps de discuter avec la direction, de rencontrer des gens et passer un trois à quatre heures avec l'établissement pour faire le point, où ils en sont dans leur organisation de services.

Les constats qu'on a faits au Lakeshore... Puis je commencerais peut-être par quelque chose de fantasque qu'on a trouvé là-bas, par hasard on a rencontré un chirurgien dans le corridor, et puis, à ce moment-là, je lui ai dit: Vous savez... Parce que, moi, je surveille la liste des chirurgies à chaque semaine, puis le Lakeshore est un des établissements les plus performants en termes d'accessibilité au niveau de la chirurgie; ils n'ont pratiquement pas de patients hors délai. Et puis même lui ne le savait pas, ça fait que je l'ai félicité là-dessus. Puis ça, là-dessus, c'est des félicitations qu'on doit faire à l'équipe du Lakeshore, d'avoir cette préoccupation-là que les patients soient opérés à l'intérieur des délais raisonnables, et on peut dire que, dans cet endroit, il y a une excellente accessibilité au niveau des services.

Quand on a visité également, deux grands éléments qu'on a retrouvés pour le secteur du Lakeshore, puis je dirais même trois. Le premier, c'est que le Lakeshore est quand même un établissement qui couvre une autre population que son territoire de CSS; il couvre une bonne partie de la population de Vaudreuil-Soulanges, surtout du côté de Hudson. La population, c'est plus facile pour eux autres de se faire soigner, entre autres, en anglais du côté du Lakeshore. Et en plus ils sont habitués dans leur corridor de services, en termes d'accessibilité géographique, c'est plus facile. Donc, le Lakeshore ne couvre pas seulement que sa population CSS, mais a un bassin de desserte beaucoup plus grand, et l'organisation de services demande qu'un établissement doit avoir... donner des services non pas en fonction de sa géographie, mais également en fonction de sa démographie qu'ils desservent. Donc, c'est un hôpital qui dessert plus que juste la population locale.

L'autre élément qu'on a trouvé au niveau du Lakeshore, c'est la question de l'urgence, c'est une urgence qui est vétuste, qui date de plusieurs années. Et vous savez qu'au Québec on est dans un programme de rénovation de toutes les urgences, et j'espère que, d'ici quelques années, toutes nos urgences vont avoir été rénovées et mises à la norme. Suite à la visite, ce que j'ai demandé à l'établissement, c'est de nous préparer

une demande de pertinence de rénovation, ce qui, d'après moi, devrait être accordé très facilement, et en même temps faire une demande pour que l'urgence soit mise dans nos projets d'immobilisations au cours des prochaines années.

Pourquoi je dis «au cours des prochaines années»? C'est que les délais habituels... C'est que, d'ici quelques mois, on devrait avoir la demande. À ce moment-là, on va l'étudier, on va donner une conformité, et puis, après ça, on va sur l'évaluation des besoins, et par la suite il y a l'étape où est-ce qu'à un moment donné on va accorder le projet. Entre le moment où est-ce qu'on veut faire la demande et le moment où la demande est accordée... d'urgence est réalisée, le délai habituel, c'est entre trois et quatre ans.

Et puis, également, ce qu'on me fait comme message, cette étape-là a été faite, puis maintenant on est en train d'étudier leur projet au niveau de l'urgence. Donc, c'est un dossier qui est très actif. Moi, ce que j'ai pu dire... ce que je peux dire suite à la visite: Il y a un besoin réel de rénovation de l'urgence du Lakeshore, et on va s'assurer que ça puisse se faire dans des délais très raisonnables, parce que c'est une question d'accessibilité des soins au niveau de la population.

Troisième élément, pour compléter, c'est toute l'organisation première ligne qui est en train de se mettre au niveau du CSS de l'Ouest-de-l'Île, où les gens comprennent qu'il faut qu'il y ait une continuité de services et que la pression sur l'établissement est beaucoup en fonction aussi de l'organisation du service autour de l'hôpital. Et puis ça, il y a du travail très intéressant qui se fait au niveau de l'établissement.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je dois m'autodiscipliner parce que le temps est échoué, alors j'ai une couple de sous-questions que je vais poser dans le prochain bloc. Mais je vais maintenant céder la parole au député de Mercier pour un bloc de 20 minutes.

Coût des médicaments

M. Khadir: Merci, M. le Président. Alors, bonjour, chers collègues. Bonjour à tout le monde aussi. Je suis un ex-employé de votre ministère, ou enfin professionnel au service de, et, moi aussi, je tiens à souligner que... puis, par exemple, le personnel de l'Assemblée nationale, c'en est un exemple: lorsqu'un système public fait attention à son personnel, lui souligne l'importance de son mandat, lui donne les moyens d'agir, on a une fonction publique, au Québec, de grande qualité, qui accomplit des choses très importantes avec peu de moyens, des choses remarquables. Bon, bien sûr, on a des choses aussi à améliorer.

Moi, je veux m'attarder avec mon collègue médecin, soucieux de l'utilisation des médicaments, d'abord au coût des médicaments au Québec. Parce que, depuis la commission Romanow au moins, si ce n'est pas plus longtemps, on sait qu'au Canada toutes les juridictions paient... suivant une vaste enquête, hein? Ce n'était pas un Solidaire qui faisait l'enquête ou, disons, un adversaire des compagnies ou des multinationales pharmaceutiques, c'était la commission Romanow qui avait été appointée, mandatée par le gouvernement Chrétien alors, qui était arrivée à la conclusion que les provinces

canadiennes paient trois à six fois trop cher le coût des médicaments, à cause de la structure des prix, à cause de l'absence de contrôle sur l'utilisation des médicaments.

Mais, avant d'aborder ça, cher docteur, je voudrais vous ramener à des commentaires sur la consommation des médicaments, là. C'est vrai que le régime d'assurance médicaments au Québec, public et privé, hein, c'est un régime d'assurance qui peut permettre, s'il y a d'autres choses d'associées, un beaucoup plus grande accessibilité aux médicaments. Mais, sans contrôle, sans une liste de médicaments, une liste nationale... qui faisait partie des recommandations de la commission Romanow, des trois recommandations, d'accord, un registre national des médicaments, comme la Nouvelle-Zélande l'a fait en réduisant le nombre de médicaments remboursables de 5 000 à 2 600 à peu près, avec des avantages substantiels non seulement sur les prix, sur l'usage, mais également sur les effets secondaires, tout ce qui est rattaché à l'abus des médicaments. Mais je ne rentrerai pas dans ce détail-là.

Je me suis rendu compte que quelques-uns de vos collègues, des gens qui travaillent dans le giron du ministère de la Santé et quelques-uns de mes collègues députés — parce que mon collègue de Laurier-Dorion était soucieux de cet aspect-là — ne connaissaient pas le film de Paul Arcand, qui a été fait il y a deux ans à peu près, *Un Québec sous ordonnance*. Moi, je pense que c'est... Est-ce que vous l'avez regardé, M. le ministre?

M. Bolduc: Oui, puis j'ai souvent discuté avec M. Paul Arcand du sujet.

M. Khadir: D'accord. Moi, je recommande à tout le monde de le regarder, on y apprend beaucoup sur les possibles dérives d'un usage excessif des médicaments. On y apprend aussi des choses très intéressantes, mais que je vous poserai une autre fois, sur le rôle des lobbys pharmaceutiques, sur, par exemple, le rôle qu'a joué un autre de vos... un de nos prédécesseurs à l'Assemblée nationale, M. Russell Williams, qui est maintenant au service de l'industrie pharmaceutique, à la tête de son lobby, c'est-à-dire Rx & D. Mais, ça, on y reviendra, c'est tout un domaine que peut-être avec... un commissaire à l'éthique va nous permettre d'éviter à l'avenir.

Ce qui est... Je vous amène à la page 100 et à la page 102 du cahier de la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'étude des crédits. Alors, au Québec, en 2008-2009, 3,4 milliards à peu près, 3 375 000 \$... 3 375 000 000 \$ de dépenses pour la Régie de l'assurance maladie du Québec — je suis content que le directeur général, le P.D.G. de la régie soit là, bonjour, M. Giroux. Là-dessus, ça a coûté à la régie, au public, 2 750 000 000 \$. Bien sûr, le reste a été payé par les franchisés, donc de différentes manières.

● (11 h 20) ●

Rappelons-nous quand le régime d'assurance médicaments a été introduit en 1999, c'était — et ça, c'est mon affirmation — deux bonbons: un bonbon pour les assurances, un bonbon pour les pharmaceutiques. Pourquoi? Parce que ceux qui étaient couverts par des régimes privés sont, grosso modo, notre population active, en âge de travailler, dans des groupes d'âge moins

atteints de maladies, à faibles risques. Donc, ils paient des cotisations à des compagnies d'assurance qui bénéficient de ces cotisations sans grand risque à couvrir. Par ailleurs, la régie, c'est-à-dire le P.D.G. ici, qui doit gérer le reste, c'est-à-dire les personnes assistées sociales, les travailleurs à faibles revenus qui ne sont pas employés par des entreprises qui peuvent payer des assurances privées, etc., nous, on couvre 40 % de la population, à peu près, là, ou peut-être un peu moins maintenant, 2,4 millions de personnes qui sont les plus hauts risques, hein, les malades chroniques, les personnes âgées, les enfants. Donc, on assume des risques importants pour couvrir leurs besoins en médicaments.

Qu'est-ce que ça veut dire? Ça veut dire: là on a enlevé toute restriction sur les prescriptions, puisque maintenant, comme vous l'avez mentionné dans votre première intervention, et je le constate aussi, je n'ai plus à réfléchir si le patient peut payer ou pas, je sais qu'il est couvert d'un bord et de l'autre. Et malheureusement, dans un contexte de pénurie d'effectifs médicaux, on a moins le temps de prendre ce temps-là de voir vraiment c'est quoi, le strict minimum nécessaire et comment je peux jouer sur les génériques ou le choix des médicaments pour amortir les coûts, pour diminuer les coûts.

D'où l'importance d'introduire un régime public de contrôle de prescription par la liste des médicaments, comme nous l'avions suggéré en commission parlementaire à votre prédécesseur, M. Couillard, quand on avait introduit la notion de Pharma Québec également, pour que le gouvernement négocie mieux sa structure de prix, en ayant en tête la recommandation de Romanow. On paie de trois à six fois trop cher nos médicaments. Regardez, on est rendus à 3,4 milliards en 2008. Quand on a commencé en 1998, c'était 980 millions. Connaissez-vous beaucoup de secteurs qui ont connu une croissance de 300 % en moins de 10 ans? Il n'y en a pas beaucoup. D'accord? Donc, c'est un problème important.

Or, je suis étonné d'apprendre — et je voudrais déposer ça à la commission — qu'une étude menée par un groupe de chercheurs canadiens à Vancouver a appliqué le modèle qu'on présentait, qu'on suggérait en commission parlementaire en 2006 à M. Couillard, d'examiner, là, la possibilité de négocier en groupe, c'est-à-dire monsieur le P.D.G. ici pourrait se retourner vis-à-vis les compagnies pharmaceutiques, dire: Je couvre 2,5 millions de personnes, je paie beaucoup de médicaments, c'est 3 milliards de dollars, vous allez m'accorder des rabais. La Nouvelle-Zélande l'a fait il y a à peu près 15 ans, ils ont réduit leurs coûts en médicaments de 65 %. Imaginez, là, sur les 2,7 milliards de dollars, c'est des économies de l'ordre de 2 milliards de dollars, 1,8 milliard de dollars, qu'on pourrait faire demain matin si on applique la recette de la Nouvelle-Zélande. On l'avait dit à M. Couillard.

Or, je viens d'apprendre qu'au Canada ils ont fait un modèle, et là je le dépose, c'est un article qui est paru dans *Health Policy* de 2007, en août, par un groupe de professeurs qui ont appliqué le modèle de Nouvelle-Zélande à quatre classes de médicaments les plus répandues pour les maladies chroniques: les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, donc un antihypertenseur; des analogues de sérotonine, donc un antidépresseur; les IPP, un antiulcéreux; puis également... c'était quoi, l'autre... c'étaient les statines, O.K., contre

les lipides. Pour ces quatre classes-là, ils sont arrivés à la conclusion suivante, je voudrais vous les lire: «Les résultats suggèrent que le Canada pourrait réaliser des économies de l'ordre de [20 % à 80 %] — j'arrondis, 21 %, 79 % — pour ces catégories de médicaments.» Si vous faites une moyenne, 20 % à 80 %... de 60 %, ça voudrait dire, demain matin, mon cher collègue, 2 milliards de moins, que vous pourriez accorder à renouveler des urgences, à engager plus d'infirmières, ouvrir des salles d'opération, faire que plus... nos salles d'opération fonctionnent mieux, faire qu'il y ait plus de lits pour nos personnes âgées. C'est énormément de ressources disponibles. Qu'est-ce que vous entendez faire de ce côté-là?

Document déposé

Le Président (M. Kelley): M. le ministre. Et le document est déposé.

M. Bolduc: Un, je fais très attention parce qu'autant il y a du lobby du côté du pharmaceutique, autant il y a du lobby qui est antipharmaceutique, et chacun sort son étude qui est différente. Il y en a qui vont vous prouver qu'avec les médicaments ils font des miracles, O.K.? Moi, je pense que, oui, il n'y a pas une bonne utilisation des médicaments. On peut aider. Mais il ne faut pas penser qu'on va tout régler avec ça. Je fais très attention au modèle économique où est-ce que tu sauves 50 % du jour au lendemain. Si c'était si facile, on l'aurait fait. Puis l'autre affaire, c'est que ça peut aussi avoir d'autres effets délétères.

M. Khadir: Mon cher collègue, juste un moment, juste pour...

Le Président (M. Kelley): Pardon, la parole est au ministre.

M. Khadir: ...

Le Président (M. Kelley): Non, non.

M. Khadir: ...si M. le ministre est d'accord, juste un trait de parenthèse, parce que je ne possède pas beaucoup de temps...

Le Président (M. Kelley): Mais, M. le député...

M. Khadir: On le fait déjà: à l'Hôpital Le Gardeur, avec un consortium de 10 autres hôpitaux, ils négocient des médicaments où ils paient 70 % des prix payés par la RAMQ.

Le Président (M. Kelley): Mais, M. le député, vous avez pris huit minutes pour poser votre question, je laisse la parole au ministre de répondre à votre question.

M. Bolduc: Juste pour répondre. Ça, il faut faire attention à ce type de stratégie là. Puis je vais vous donner un exemple. Il y a des compagnies pharmaceutiques — puis on s'oppose à ça — qui vendaient leurs médicaments à l'hôpital 0,01 \$. La raison est très, très simple, c'est que c'est tout simplement une stratégie marketing: vous êtes très peu de temps à l'hôpital, ça fait que l'hôpital

fait le choix de prescrire le médicament qui coûte le moins cher, pour que, quand il va sortir à l'extérieur, à ce moment-là, il va avoir la prescription pour tout le temps. Ce qui fait que je ferais très, très attention à des stratégies où est-ce qu'on paie si peu cher un médicament, parce que souvent c'est des stratégies d'entrée du marché. Et le député de Mercier, en faisant ça, il joue le jeu des compagnies. Là, je ne sais pas s'il en était conscient, mais il joue le jeu de la compagnie, il joue la compagnie, où est-ce qu'ils baissent tellement leurs prix qu'ils vont souvent en bas du marché pour aller chercher par la suite un plus gros marché, qui est le marché externe.

Bon, une fois qu'on a dit ça, je pense que j'expliquais le pourquoi, là... puis je suis très, très prudent, hein? Il faut faire attention. Et puis, moi, je suis quelqu'un qui dit qu'il faut faire attention dans ce dossier-là à plusieurs niveaux. Premier niveau: les gens qui nous disent qu'ils vont sauver des millions en arrêtant de consommer. Ne jamais oublier qu'un médicament, c'est un outil pour avoir une meilleure santé. Et je ne vous referai pas le laïus sur l'utilisation optimale des médicaments.

À partir du moment qu'on pense qu'une molécule est nécessaire, on veut avoir le meilleur prix pour cette molécule-là, et il y a plusieurs façons de s'y prendre. Ici, au Québec, il y a un contrôle au niveau des médicaments. Et ce n'est pas n'importe quel médicament qui peut être inscrit sur la liste des médicaments. Première étape: un médicament, pour être disponible, il doit être approuvé. Puis ça, c'est au niveau canadien. Il faut qu'on en démontre l'efficacité. Donc, il y a beaucoup de produits qui rentrent ici, au Québec... qui ne rentrent pas au Québec, qui vont rentrer en Europe, qui vont rentrer parfois aux États-Unis. On est réputés, au Québec, puis au Canada, entre autres, pour être un endroit très sévère par rapport aux médicaments.

Deuxièmement, on tient compte de l'efficacité, on tient compte des complications puis on tient compte également des effets secondaires. Quand, un médicament, les compagnies demandent à l'avoir inscrit sur la liste des médicaments, on évalue également le potentiel thérapeutique et les avantages par rapport à d'autres médicaments. Il y a des économistes, qu'on appelle des pharmacoéconomistes, qui étudient également: Cette molécule-là va nous coûter combien? Y a-tu d'autres molécules qui nous coûteraient moins cher qui feraient qu'on bloquerait l'entrée de ce médicament-là, parce qu'il n'offre pas ce qu'on appelle l'avantage thérapeutique et l'avantage du coût?

Et, troisièmement, on est, au Québec, une province où on ne veut pas prendre des vieux médicaments puis se refuser des nouvelles médications qui parfois sont plus efficaces et qu'il y a aussi moins d'effets secondaires et moins de complications. Donc, il faut faire ce qu'on appelle un compromis entre l'apport de nouveaux médicaments qu'on va payer plus cher pour mieux soigner notre population et également l'avantage du coût, où on veut garder des anciennes molécules qui parfois vont nous faire des économies.

La stratégie qui est faite, c'est qu'également... c'est qu'on rend disponibles les génériques. Et, comme médecin, si je prescris un médicament qui est dispendieux et je marque le nom de compagnie, exemple le médicament... le pharmacien peut substituer. L'exemple que je vais vous donner, c'est qu'il y a beaucoup de

médicaments qui ont une certaine protection pendant un certain nombre d'années. À la fin, le brevet se termine, les génériques vendent leurs produits. À ce moment-là, le pharmacien, puis c'est suite à la liste qu'il y a sur... la liste des médicaments, peut substituer pour un produit qui va coûter moins cher, parce qu'il est générique, et qui est inscrit sur la liste des médicaments.

On l'a eu, exemple... puis je ne vais pas nommer de nom de compagnie, mais on va l'avoir bientôt dans un autre domaine, c'est avec les statines, c'est l'exemple, puis une molécule qui s'appelle le Lipitor, qui actuellement a un brevet. Il va devenir générique dans pas grand temps. Ça, ça va s'appeler l'atorvastatine. Les compagnies génériques vont mettre le produit sur le marché, qui va être moins dispendieux, et, à ce moment-là, il va y avoir un déplacement de la quantité de prescriptions de Lipitor vers du générique atorvastatine. Puis, généralement, le générique va aller chercher 90 % du marché. C'est comme ça qu'on fonctionne au niveau du Québec.

Et il ne faut pas penser qu'on ne sait pas où est-ce qu'on s'en va. On mesure nos coûts. On a des experts dans les dossiers. Ce qu'on fait attention, deux choses: les extrémistes d'un bord, qui veulent qu'on donne tous les médicaments à tout le monde, ça, on est prudents parce qu'il y a un coût à payer, et ce qu'on veut, c'est avoir le maximum pour notre population au meilleur coût; et également ceux qui s'opposent, qu'il ne devrait pas y en avoir un seul, médicament, sur le marché. Il y a un compromis à faire entre les deux. Et, le Québec, je tiens à le rappeler, le médicament, c'est également un côté économique: ça a des emplois, c'est de l'innovation. Et, si, en plus de ça, on ne s'organise pas pour rendre disponibles à notre population des médicaments innovateurs aux meilleurs coûts, bien il n'y aura plus de recherche non plus qui va se faire au Québec. Il y a tout un enjeu qui doit se faire à ce niveau-là. Et puis, moi, ce que je dis là-dessus: C'est un programme qui est très bien géré.

Le côté également qu'on disait que les compagnies privées, eux autres, en fin de compte, ont des gens moins à risque versus les personnes âgées, versus les personnes qui sont plus malades, des personnes vulnérables, ça se reflète également dans le coût, mais ça se reflète aussi dans le coût des gens qu'ils vont charger. C'est... Entre eux autres, les compagnies d'assurance sont quand même assez compétitives. Ils veulent aller chercher un marché. Et ils sont obligés également, eux autres, de faire des compromis par rapport à ça. Et il ne faut pas oublier qu'au paravant la problématique qu'on avait... De toute façon, on les assumait, ces coûts-là, et on assumait des coûts supplémentaires, parce que quelqu'un, parfois, avait avantage à laisser son emploi, venir sur l'aide sociale et se faire assurer par... assumer par le régime public. Avec la nouvelle façon de fonctionner, on n'a plus cette problématique-là.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Mercier, il vous reste cinq minutes.

● (11 h 30) ●

M. Khadir: Merci. Je suis content que vous ayez abordé la question des compagnies pharmaceutiques là-dedans. Vous venez d'affirmer qu'en parlant du fait qu'il fallait restreindre... négocier de meilleurs prix, abaisser leurs prix je jouais le jeu des compagnies pharmaceutiques. Comment vous expliquez alors...

Parce que, écoutez, peut-être que mes propositions sur les compagnies pharmaceutiques peuvent vous paraître extrémistes. La commission Romanow, à ma connaissance, qui était une commission très, très bien équilibrée, qui tenait compte de l'ensemble des enjeux, y compris la question des emplois, prétend cependant en 2002 qu'on paie trois à six fois plus cher. Ensuite, en Nouvelle-Zélande, le gouvernement qui a négocié cette entente avec les pharmaceutiques, c'était un gouvernement conservateur. Le ministre de la Santé cependant a dit: Si les règles du marché existent, elles ne peuvent pas exister toujours qu'à l'avantage des compagnies. Donc, elles doivent aussi permettre, lorsqu'il y a un acheteur dans le marché qui s'appelle l'État, qui couvre une partie de sa population...

D'ailleurs, je vous parle de la Nouvelle-Zélande pas par hasard, parce que c'est un... en termes de population, en termes de régime d'assurance maladie, et tout ça, ça nous ressemble beaucoup. Et là-bas aussi les tenants de l'industrie pharmaceutique ont menacé... ont dit qu'il y a des emplois en jeu: On va s'en aller. Mais ils ont fini par négocier parce que ça s'est fait dans l'ordre et ça s'est fait dans un cadre de marché.

On ne parle pas de nationaliser. Et, qui plus est, qui plus est, les économies que peut faire le gouvernement, de l'aveu même du Prix du Québec en innovation industrielle 2006, M. Guindon, qui a dirigé pendant quelques années l'Institut de recherche clinique de Montréal, pour deux de ses importantes contributions en matière d'innovation dans les médicaments, là, au cours des 20 dernières années... Sans doute que vous connaissez M. Guindon. Il affirmait qu'il suffit pour l'État d'investir 150 millions par année — ça, c'est les chiffres sur les 40 dernières années, là — 150 millions de dollars par année, au bout de sept ans en moyenne, là, c'est une nouvelle, disons, molécule, propriété.

Alors, il n'y a pas de miracle là-dedans, là. On a quatre des meilleures facultés de pharmacie, là, dans cette région de l'Amérique du Nord. Pourquoi on priverait le Québec de ces retombées, de ces ressources, qu'on ne mettrait pas ça au service du public, sans nier le rôle du marché mais en négociant de manière plus ferme, de manière plus responsable vis-à-vis des deniers publics? Parce que le résultat net de ça, c'est: pendant le temps que, nous, notre consommation et nos coûts de médicaments augmentent, la Nouvelle-Zélande a diminué ses coûts avec de très bons résultats en termes de santé et de couverture.

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

M. Bolduc: Je suis très prudent avec l'exemple de la Nouvelle-Zélande. Je vous rappellerai que, les grandes coupures qu'on a eues au Québec, dans les années quatre-vingt-dix, sous le régime du Parti québécois, vous vous en souviendrez, c'est un film de la Nouvelle-Zélande qu'ils avaient apporté, qui avaient dit à ce moment-là: Le système craquait, il fallait absolument qu'on fasse des changements majeurs. Et, tous les gens qui ont fait cette transformation-là, ça a fait comme au Québec, on s'est mis dans le trouble pour les années à venir. Ça fait qu'il faut faire très attention de prendre un modèle d'un pays qui sur le coup semble fonctionner. Mais pourquoi l'Australie ne le fait pas? Pourquoi en Europe c'est différent? Puis pourquoi aux États-Unis on

ne le fait pas? Je suis très, très prudent quand on nous amène des modèles comme ça de l'extérieur. Quand on va voir sur place, on se rend compte que ça ne donne pas toujours les résultats qu'on a. Ici, au Québec, les négociations sont dures, sont serrées, et puis je peux vous dire que ce n'est pas facile de rentrer un médicament, et on ne le rentre pas à n'importe quel coût. Et nos médicaments sont très compétitifs, très compétitifs par rapport aux États-Unis. On n'en parle pas, on paie beaucoup moins cher. Et, la raison pourquoi c'est compétitif, le plus gros acheteur de médicaments, ça reste le régime de santé public du Québec.

M. Khadir: ...trois à six fois plus cher. Commission Romanow.

M. Bolduc: Non, je pense que...

M. Khadir: Comment vous pouvez affirmer ça?

Le Président (M. Kelley): Écoutez, M. le député de Mercier, la parole est au ministre. Il reste deux minutes dans le bloc. M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, quand on sort un trois à six fois, comme ça, plus cher, c'est que la commission Romanow à ce moment-là faisait des substitutions rapides sur des génériques, alors qu'ici au Québec, comme partout dans le Canada, il y a un équilibre entre les nouveaux médicaments qu'on est obligés d'utiliser, et ce n'est pas vrai que l'ancienne molécule va nécessairement détenir la même efficacité que la nouvelle molécule.

Par contre, je suis d'accord avec le député de Mercier, ce qu'il faut chercher, c'est vraiment en avoir le plus pour notre argent. On veut, comme gouvernement, également gérer notre argent de façon à ce que les patients aient les bons médicaments, que, comme gouvernement, on puisse se les procurer au meilleur prix. Et je peux rassurer la population, on a des mécanismes pour ça, un mécanisme entre autres qui s'appelle le Conseil du médicament, et il y a des pharmacoéconomistes qui travaillent là-dessus. Ce n'est pas n'importe quelle molécule qui va rentrer, et, quand elle rentre, il faut qu'elle rentre avec un prix raisonnable. Je pense que c'est le message qu'il faut qu'on garde tous.

M. Khadir: M. le ministre, une pilule de...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Mercier! M. le député de Mercier! Je regrette, on a des règles ici. La parole est au ministre. Vous avez utilisé votre 20 minutes. Votre 20 minutes achève maintenant. La parole est au ministre. En conclusion, M. le ministre.

M. Khadir: ...

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

M. Khadir: ...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Mercier! M. le député de Mercier, ça ne peut pas

fonctionner comme ça. Moi, j'ai des règles ici. Le droit de parole est au ministre. Le temps de parole...

M. Khadir: ...M. le Président. J'ai 20 minutes au total.

Le Président (M. Kelley): Comme tous les autres députés autour de la table, M. le député.

M. Khadir: Non, ce n'est pas vrai.

Le Président (M. Kelley): Alors, il y a des règles du jeu que je dois protéger pour s'assurer le droit de parole de l'ensemble des membres de la commission. Vous avez 20 minutes, qui dépassent de beaucoup l'entente qui a été faite entre les leaders. Nous avons respecté ça. On arrive à 20 minutes. Vous avez utilisé beaucoup plus que 50 % de l'enveloppe pour poser vos questions. Je pense que c'est tout à fait raisonnable pour laisser le temps pour le ministre de compléter sa réponse. M. le ministre, en conclusion, s'il vous plaît.

M. Bolduc: Oui. En conclusion, pour répondre à la remarque, c'est que, dans le coût d'un médicament, ce n'est pas le coût de fabrication du médicament qui est dispendieux, c'est le coût de l'innovation et de la recherche. Et, quand les gens commencent... quand les gens nous disent que... Puis là c'est un choix qu'on doit faire comme société: si vous ne voulez plus avoir de nouveau médicament sur le marché, faites ce que le député de Mercier a dit, c'est-à-dire payez moins cher ce que vous avez actuellement. Mais les génériques ne font pas de recherche. Le problème des génériques, c'est qu'ils copient...

M. Khadir: ...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Mercier...

M. Khadir: ...

Le Président (M. Kelley): M. le député, la parole est au ministre en conclusion. Après ça, je vais céder la parole à Mme la députée de Mégantic-Compton. En conclusion, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Bolduc: Bon, c'est que, dans le coût du médicament, il y a une grande partie qui est innovation. Et il faut se rappeler que les compagnies pharmaceutiques font beaucoup de recherche, et, cette recherche-là, ça coûte 1 milliard de dollars pour développer une nouvelle molécule qui va aller sur le marché. Sur 300...

Une voix: ...

M. Bolduc: C'est 1 milliard de dollars, développer, parce que, quand ils font des produits, ce n'est pas tous les produits qui vont venir sur le marché et c'est le risque qu'on fait. Également, cet argent-là est investi dans des emplois pour de la recherche. Donc, c'est une décision de société que de favoriser notre économie en faisant plus de recherche. La recherche nous conduit à des produits, et les produits qui sont développés, bon ils

sont accessibles au niveau du monde entier. Et, si on peut traiter des gens dans d'autres pays, c'est parce qu'il y a de la recherche qui se fait au Canada, puis, si on peut traiter des gens au Canada, c'est parce qu'il y a de la recherche qui se fait dans d'autres pays. Et il faut tenir compte de tout le contexte pharmacoéconomique.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Mme la députée de Mégantic-Compton.

Méthode Toyota

Mme Gonthier: Merci, M. le Président. Écoutez, depuis que le ministre est arrivé en poste à l'été 2008, on a beaucoup entendu parler de la méthode Toyota. Et à prime abord c'est certainement quelque chose qui a été surprenant parce que, de parler de la médecine avec une méthode qu'on pourrait qualifier de gestion d'une compagnie de voitures ou quelque chose comme ça, je veux dire, je suis persuadée... Même moi, au début, j'ai fait un saut un peu. Alors, j'aimerais que le ministre prenne un peu de temps, pour le bénéfice de nos téléspectateurs, un peu pour nous parler de la méthode Toyota, nous parler un peu de ça, de ce que ça comporte, de ce que c'est.

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

M. Bolduc: Bon, je suis très content qu'on ait cette discussion-là parce qu'hier, comme de fait, on en a fait la discussion par rapport à... Si on veut garder un système public, le garder concurrentiel et réussir à contrôler le niveau des coûts, ce que, moi, j'ai mis sur la table et ce que le député de Marie-Victorin avait l'air de mettre en doute, il faut qu'on ait une performance raisonnable dans notre réseau et il faut qu'on soit capables de donner le maximum pour les dollars qu'on investit. Pour qu'on en arrive là, il ne faut pas se limiter aux technologies de la santé, il faut aller voir dans tout le monde, en termes d'affaires, en termes de fonctionnement, c'est quoi, les meilleures pratiques. Et puis là on en arrive avec un concept très simple: C'est quoi, les meilleures pratiques au niveau de la gestion, toutes industries confondues, qui vont faire que notre réseau de la santé va être plus performant? Également, il faut aller voir dans le monde entier, dans le domaine de la santé, qu'est-ce qui fait que les endroits les plus performants ont des meilleurs résultats que, mettons, le réseau du Québec, le réseau de l'Ontario ou le réseau de la Colombie-Britannique. Et, une fois qu'on a fait ça, on en arrive à une synthèse. Quand vous regardez toutes les compagnies au monde, que ce soit dans n'importe quel domaine, elles emploient toutes la méthode... ce qu'on appelle la méthode Toyota, le «lean health care», «lean», l-e-a-n, ce qui veut dire, en... Il y en a qui traduisaient par «maigre», moi, j'aime mieux «svelte», hein, c'est plus agile.

● (11 h 40) ●

Ça fait que, la méthode «lean», c'est tout simplement une méthode que Toyota a mise au point. Parce que Toyota était réputée comme étant une des meilleures compagnies au monde, et, quand les gens allaient vérifier, ils se rendaient compte que leur performance était supérieure aux autres. Et ce qu'on s'est rendu compte, ce

n'est pas une méthode qui est appliquée seulement qu'à l'automobile, c'est une méthode qui est appliquée dans toutes les industries. Dans l'industrie pharmaceutique, ils l'utilisent. L'industrie de la distribution l'utilise. L'industrie du transport, exemple, vous avez Pratt & Whitney qui l'utilise, Bombardier l'utilise. General Electric est un grand fervent de la technique «lean». C'est tout simplement que, quand on fait l'évaluation de la gestion, c'est les meilleures méthodes qui sont utilisées dans chacun.

La méthode, elle se caractérise par des principes que, quand vous les regardez, ils sont très simples, mais, quand vous les appliquez à grande échelle, ça donne des résultats strictement fantastiques. Puis il y a les 14 plus grands principes de la méthode Toyota, que je ne vous citerai pas, mais je vais vous en donner des exemples.

Bon, la première, c'est d'abord que, quel que soit votre niveau de dirigeant, vous devrez aller voir sur le terrain qu'est-ce qui se passe. Le principe de la tour d'ivoire que tu restes dans ton bureau puis qu'on fait des rapports... C'est qu'il faut que tu ailles directement sur le terrain. Puis je vais vous donner un exemple que, comme ministre, je l'applique. Quand je vais visiter les urgences, on visite l'hôpital, on visite l'urgence, on parle avec les gens sur le terrain, on a vraiment le premier contact. Et souvent les gens vont nous donner des informations que, même dans un rapport, on n'est pas capables d'avoir. Il n'y a rien de mieux que de visu, d'aller voir soi-même. On n'a pas besoin de tout faire, mais ils vont nous donner les principales informations, ce qui permet par la suite, nous autres, de prendre des bonnes décisions.

Deuxième grand élément de la méthode, c'est que c'est les gens sur le terrain qui savent le mieux quoi faire. Donc, dans le réseau de la santé, les gens dans les urgences, c'est les meilleurs pour gérer les urgences. Mais c'est également les meilleurs avec qui on doit travailler pour améliorer le fonctionnement des urgences.

Un troisième grand principe de la méthode, c'est l'amélioration continue. Ça fait que, que vous soyez à n'importe quel niveau, vous devez toujours vous poser la question: Comment je peux faire mieux?, et apporter des suggestions. Et ce qui est important au niveau de l'entreprise, à tous les niveaux de direction, c'est que, quand un employé vient nous voir puis on dit: J'aurais une idée peut-être pour améliorer, il faut au moins l'écouter et, si ça a du bon sens, la réaliser.

Les usines Toyota, ils peuvent arrêter l'usine n'importe quand, s'il y a un défaut, pour corriger la cause. Ça, c'est le quatrième élément. C'est que, plutôt que de toujours travailler sur la conséquence, réparer la peinture qui n'était pas bien, ils vont voir au début, ce qu'on appelle la recherche des causes souches, pourquoi c'est arrivé, puis ils vont corriger ça à la base. Ça, au niveau de la santé, on a mis ça en place. Pour vous dire, c'est qu'au niveau de la loi sur les erreurs humaines, quand ça a été mis en place, on s'est rendu compte que souvent on faisait un constat d'une erreur puis on essayait de corriger la dernière étape, alors que ce qu'il faut faire, il faut aller chercher jusqu'à la souche même et puis corriger la cause de l'erreur du départ. Quand vous faites ça à chaque fois, vous allez diminuer votre niveau d'erreur, votre qualité s'améliore, et, quand il en arrive une, vous avez encore plus de temps pour vous en occuper.

L'autre étape qui est importante, c'est l'évaluation des processus. Puis je trouve intéressant... Vous

savez que, si vous êtes dans le transport d'objets... Vous avez une compagnie qui s'appelle FedEx. C'est un exemple de transport. Ça fait que les autres compagnies se basent sur eux autres pour voir qu'est-ce qu'il est mieux d'être fait. Puis là il apparaît plein d'autres compagnies qui améliorent les processus. Et maintenant toutes les compagnies qui font du transport sont capables de l'offrir dans un délai raisonnable. C'est pour ça que toutes ces compagnies maintenant sont capables de vous offrir de partir un objet de Québec, puis il va s'en aller à Tokyo, puis ils peuvent le faire en moins de 24 heures. Donc, c'est toutes des améliorations qu'ils ont faites, qui se sont transférées d'une compagnie à l'autre.

Ça fait que la méthode Toyota dans le réseau de la santé, ce qu'il faut comprendre, c'est d'abord une approche humaine qui est basée sur les gens et qui considère que les meilleures personnes pour améliorer, ce sont les travailleurs sur le terrain, en compagnie... avec les directeurs. Pourquoi est-ce que c'est important de le regarder? C'est que, quand vous regardez au niveau des réseaux de la santé dans le monde actuellement, à peu près partout où c'est performant, ils ont adopté la méthode «lean», ce qu'on appelle le «lean health care», c'est-à-dire c'est des soins de santé en «lean», et ils prennent un bloc opératoire, ils prennent une urgence et ils appliquent les principes.

Là, on va en arriver au niveau pratique. Quand j'étais directeur général par intérim de l'hôpital de Val-d'Or, j'avais rencontré les chirurgiens, puis ils m'ont dit: On a un problème au bloc opératoire. On pense qu'on pourrait en faire beaucoup plus avec le même temps, mais c'est juste une question que ça ne fonctionne pas. Ça fait que j'ai dit: Écoutez, moi, je connais une façon dont on pourrait le faire, qui s'appelle le «lean health care». Ça fait qu'on a contacté des compagnies de «lean», on en a retenu une, et la compagnie qui est venue a travaillé avec les gens du bloc opératoire, dans lequel il y avait des chirurgiens, du personnel. Et la façon dont ça a fonctionné, on a dégagé des gens pendant trois jours où, avec l'équipe d'experts qui connaît bien les processus de la méthode «lean», qui connaît les processus en général, ils ont fait le travail de tout voir tout ce qui se fait dans un bloc opératoire et puis, après ça, ils ont regardé avec les gens: Est-ce que ça, c'est nécessaire ou pas? Parce que, dans la méthode «lean», tout ce qui inutile, on l'enlève. Puis on assume en général que 30 % de ce qu'on fait est inutile.

Ça fait qu'ils ont tout réévalué, ils ont mesuré. Puis ce qui est intéressant, la méthode «lean», également, c'est basé sur la mesure. On ne vous demande pas seulement combien vous allez faire de pas, on va vous dire combien vous en avez faits, le calculer: Vous avez fait sept pas, vous avez fait huit pas. Et vous savez qu'une des choses qu'on améliore le plus, c'est, quand vous calculez tous vos déplacements, ce que vous pouvez sauver en termes de pas, qui se traduit en termes de temps, c'est majeur.

Ce qu'ils ont trouvé, c'est des choses très simples. Un, c'est qu'il y a beaucoup de choses qu'on faisait en double puis il y a beaucoup de choses qu'on faisait que, si on réorganisait, on serait beaucoup plus efficaces. Puis, moi, je trouve que l'exemple qui parle le plus, c'est celui de la chirurgie d'un jour. Dans un hôpital, au niveau du bloc opératoire, il y a une tradition

qui date de décennies — je ne parlerai pas de millénaires, mais de décennies — où on fait venir les patients le matin à 8 heures. Les six patients qui vont être opérés dans l'avant-midi, on les fait venir tous à 8 heures le matin, et celui qui est opéré à 11 heures, il arrive en même temps que l'autre, à 8 heures, et tout le monde attend. Ça, si vous allez dans les blocs opératoires actuellement et même dans le secteur aussi du député de Marie-Victorin... Il me regarde avec vraiment un regard en disant: C'est-u vrai? Oui, c'est vrai et c'est comme ça. Vous demandez aux patients, c'est vraiment comme ça. Eux autres... Puis là ce que ça fait, c'est que, les six patients qui attendent — on parle de six, mais souvent c'est 12 parce qu'on fonctionne à trois salles opératoires — ça prend du personnel pour s'en occuper. Donc, ça prend des infirmières pour s'occuper des patients qui sont en attente, également ça prend un espace assez grand pour le faire.

Ça fait qu'une des recommandations du projet Lean, ça a été que, plutôt que de faire venir les patients tous à 8 heures le matin puis à 1 heure l'après-midi, on va plutôt les faire venir une heure avant leur chirurgie. Ce que ça a donné comme résultat, puis c'est appliqué aujourd'hui comme ça, un, c'est que ça me prend moins de personnel pour m'occuper des patients. Au lieu d'avoir 12 patients, j'en ai trois, donc je peux sauver du temps-infirmière que je vais appliquer ailleurs. Puis on parle de pénurie de personnel. Vous voyez l'exemple, là. Vous avez une infirmière qui vient de... disponible pour faire autre chose, pour quelque chose qui était strictement inutile.

Et les premiers concernés, les patients, arriver à 8 heures le matin puis attendre jusqu'à 11 heures, ce n'était pas très plaisant. Savez-vous pourquoi c'était comme ça traditionnellement? C'est parce que les gens, ils disaient: Oui, mais, s'il y a en a un qui annule, moi, je ne perdrai pas mon temps opératoire. Savez-vous combien est-ce qu'il y a eu de cancellations suite à ça, lors de l'évaluation du projet? Zéro. Tous les patients se présentaient. Et tous les patients, lorsqu'ils ne venaient pas, c'était souvent quelque chose qui s'était passé avant, puis ils nous avertissaient. Donc, il n'y a eu aucun cas de annulé. Sur un paradigme qui était complètement faux, c'est-à-dire que, si un patient ne vient pas, bien je vais en avoir un autre, ça ne se passerait jamais.

Donc, le fait de faire ça, ce que ça a donné, ça nous a donné du personnel disponible. Le patient attendait beaucoup moins longtemps, donc plus grande satisfaction. Et l'effet que, moi, je n'avais pas vu mais qui est arrivé, c'est que, le grand local qu'on avait, on n'en avait plus besoin parce que, vu qu'il y avait très peu de patients qui venaient, on avait un local tout près du bloc opératoire qui était disponible. Ça fait que maintenant, plutôt que de partir de l'autre bout complètement de l'hôpital, s'en venir puis reconduire des gens avec des brancardiers, c'est qu'on a réorganisé le bloc opératoire pour que les gens, une heure avant, soient vus directement à côté du bloc opératoire. Ils attendent juste à côté, comme c'était prévu auparavant. Ils sont opérés, vont dans la salle de réveil, soit qu'ils sortent, soit qu'ils sont hospitalisés. Mais, en termes de fonctionnement, tout le monde reconnaît aujourd'hui que c'est un meilleur fonctionnement. Tout le monde reconnaît que c'est mieux pour le patient. Tout le monde reconnaît que ça

nous rend plus disponibles, les gens, pour travailler. Et, quatrième, ça nous coûte moins cher. C'est tous des éléments...

Ça, c'est un exemple. On en avait des dizaines comme ça. On parle de Kanban, qui est de l'aide visuelle. Parce que c'est un autre élément qu'on a vu. C'est que, dans les établissements, on est tous des écureuils, on en veut toujours plus au cas où est-ce qu'il en manquerait. Mais il y a un système qui s'appelle le système Kanban, qui est un système visuel où est-ce que, quand vous êtes rendus à un certain niveau, vous avez un indicateur visuel qui fait que ça veut dire que vous commandez. C'est même rendu électronique dans nos établissements. Ça fait que ce qu'on a fait, c'est qu'on a utilisé les «kanban» pour mettre ça en place. Et maintenant on ne manque plus jamais de stock, mais ça nous prend 30 % moins de stock qu'auparavant. 30 % moins de stock, ça, c'est des économies en termes de fournitures, pas parce qu'on en utilise moins, mais on en a moins besoin en même temps puis on a moins de fournitures qui deviennent périmées. Et également, encore là, on a sauvé de l'espace. On sauve beaucoup d'espace parce qu'on en a moins besoin, donc l'espace devient disponible pour faire autre chose.

Donc, la méthode Toyota, qui est la méthode «lean»... Moi, j'aime mieux la méthode «lean» parce qu'il y a Honda qui l'utilise, il y a d'autres compagnies... Toutes les compagnies à peu près utilisent cette méthode-là, mais ça avait été baptisé par les auteurs à l'époque... Mais même Toyota la rend disponible aux autres. Vous avez eu des compagnies comme Honda, comme GM, comme Chrysler qui sont allés faire des stages chez Toyota pour aller chercher leurs meilleures façons de faire parce que tout le monde reconnaît que, le partage de la performance, on a intérêt, à la société, à se le partager même entre les compétiteurs.

● (11 h 50) ●

Donc, actuellement, notre réseau de la santé bouge beaucoup, compte tenu que c'est une méthode qui a été éprouvée dans beaucoup d'endroits. En Europe, actuellement, ça se fait. Aux États-Unis, ça se fait. Puis je parle de la méthode générique, là, générique dans le sens que c'est les principes de la méthode Toyota qui s'appliquent de plus en plus. Au Québec, on n'est pas en arrière. Au contraire, on est en avance. Et même un élément intéressant, c'est que la compagnie, que je ne nommerai pas, qui a fait le projet à Val-d'Or fait partie d'une autre grosse compagnie, et puis leur maison mère, qui est au Japon, a fait une étude mondiale, et puis les gens du Japon sont venus nous visiter à Val-d'Or pour voir qu'est-ce qui se faisait au niveau santé parce qu'il y a de l'implication à faire là-dessus.

Donc, les meilleures méthodes, il faut les connaître, il faut aller les chercher et puis il faut les appliquer. Et actuellement, dans le réseau de la santé, une des consignes que j'ai dites aux directeurs généraux des établissements, c'est que je m'attends que chacun s'intéresse à la méthode, que chacun la connaisse, et également on s'attend à ce que chacun ait un projet d'amélioration continue. Et à la fin, puis ça, je le rappelle toujours, le bénéficiaire, c'est le patient.

Et maintenant, je vous dirais, avec cette méthode-là, c'est le citoyen parce que, si on investit bien son argent puis qu'on peut lui donner des meilleurs soins de santé,

hein... Il y a ce côté-là. Il faut recevoir des soins, il faut être capable de se les payer, d'où la conclusion que j'avais dite hier. C'est que, si on veut avoir un système public qui a une pérennité dans le temps, il faut qu'on s'organise pour avoir le maximum de performance.

Et, la méthode Toyota, il y a un élément qui est très important, puis je conclurai là-dessus. Un des 14 éléments de la méthode, c'est d'éliminer la surcharge de travail chez le travailleur. Un des problèmes les plus grands, c'est: quand les gens travaillent trop, ils viennent épuisés, ils ont plus d'accidents de travail, mais également on ne les utilise pas bien, et puis là ça nous fait de l'épuisement. Une façon de faire, quand on revoit tous nos processus, c'est d'en arriver, à la fin, à ce que les gens travaillent moins.

Il y a des exemples aussi où est-ce que ça s'applique — je suis content parce que le député de Mercier ici peut témoigner là-dessus — dans les laboratoires. S'il y a un endroit où est-ce qu'on a de la performance, c'est dans les laboratoires avec l'outillage. Parce qu'un des éléments de la méthode aussi, c'est d'avoir les meilleurs outils pour travailler. Dans un laboratoire, les processus sont tous faits, puis, quand vous allez dans un laboratoire, c'est impressionnant, le nombre d'analyses qu'ils traitent avec la quantité de personnel. Mais, quand vous arrivez, c'est une machine. Pour avoir visité le laboratoire de Pierre-Le Gardeur, je peux vous dire, c'est un des modèles au Québec puis c'est extrêmement performant.

Mme Gonthier: Merci. Une toute petite sous-question.

Le Président (M. Kelley): Il reste cinq minutes...

Mme Gonthier: Mais...

Le Président (M. Kelley): ...et je pense que votre collègue de Lévis veut poser une question aussi, alors...

Mme Gonthier: Oui. O.K. Allez-y. Mais enfin...

M. Lehouillier: Alors, moi, M. le Président, d'abord, je remercie le ministre de nous donner des explications aussi éloquentes. Et, moi, je suis un nouveau, je suis un nouveau venu dans le domaine de la santé. Évidemment, quand on arrive en commission parlementaire, on a quelques données de base: 26,9 milliards, 45 % du budget de l'État. Et effectivement on sait aussi que nous avons fait le choix délibéré de réinvestir en santé à titre prioritaire au cours des six dernières années. Et le ministre a eu l'occasion de nous rappeler également qu'un des objectifs qui est poursuivi... Et ce qu'on sent au fur et à mesure que la commission se déroule, on le sent très nettement, ce qui est en train de se produire actuellement, c'est: au fond, tous les intervenants du secteur de la santé sont mobilisés ensemble pour faire en sorte qu'on puisse moderniser le réseau de la santé. Et c'est ça qui nous est expliqué progressivement dans le cadre de cette commission, c'est la modernisation du réseau de la santé.

Et là on est en train de voir, que ce soit ce matin dans des informations que vous nous avez données, par

exemple le chantier sur les laboratoires, la radiologie... Moi, je ne pensais jamais que c'était à ce point-là à l'âge de pierre. Je suis un nouveau venu. On passe de l'âge de pierre, en radiologie, au numérique. C'est quand même incroyable. On est en 2009. Alors donc, ça, c'est quand même des chantiers intéressants. En pharmacie, on parle maintenant de 151 millions de transactions qu'on est en train de traiter, alors... Même chose pour les médicaments. Donc, c'est pratiquement, au niveau informatique, une révolution qu'on est en train de faire dans le domaine de la santé. Et on comprend mieux, au-delà des hypothèses où on disait tantôt: L'année prochaine, ça va-tu être 200, 300 millions de plus dans le domaine de la santé?, on comprend mieux ce que vous vouliez dire, quand vous parlez de gains importants qui vont se réaliser au cours des prochaines années dans le domaine de la santé.

Parce que, moi, je suis convaincu d'une chose: les gens qui travaillent dans le réseau de la santé, ça ne les intéresse pas de dire qu'on a une croissance annuelle de 6 % par année dans le domaine de la santé. Et ce qu'ils font actuellement, c'est qu'ils travaillent, tout le réseau, pour essayer de trouver justement les moyens... Et vous nous en avez donné de façon exceptionnelle.

Moi-même, dans mon propre comté, la semaine dernière, vendredi dernier, avec la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille, hein, quand on parle des groupes de médecine familiale, bien, moi, dans mon comté, là... Parce que ça a eu lieu dans mon comté, à Lévis, la table de concertation. J'en ai entendu parler. Des médias locaux m'ont appelé pour voir qu'est-ce qui se passait. Ils n'ont jamais vu autant de monde dans le domaine de la santé réuni ensemble.

Alors, à un moment donné, il y avait les quatre fédérations de médecins, le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières, l'Ordre des pharmaciens, le Collège québécois des médecins de famille, l'Association des conseils de médecins, l'Association médicale du Québec, l'Association québécoise des établissements de santé, les quatre facultés de médecine, le conseil des affaires médicales, le Comité provincial des malades, les représentants des agences de la santé, les représentants des départements régionaux puis le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Bien, ce que ça démontre, c'est que c'est toute une mobilisation.

Puis l'objectif, là, c'est quoi? C'est de s'assurer qu'on va atteindre l'objectif des 300. C'est ça, l'objectif. Ces gens-là se sont réunis pour dire: On va régler une fois pour toutes le problème. Puis répondre à des questions simples, les trois questions très simples: incapacité d'avoir un médecin de famille, difficulté d'avoir un rendez-vous avec son médecin de famille puis complexité de la prise de rendez-vous avec son médecin.

Alors, moi, je pense que ce qu'on est en train de nous faire comme démonstration, c'est qu'il y a des gains réels, pendant cette commission-là, qu'on est en train de voir dans le réseau de la santé. Et, moi, je pense comme vous, M. le ministre: avec ces gains-là, c'est sûr qu'à un moment donné, au niveau des coûts, ça va se répercuter, puis c'est ce que souhaite l'ensemble des intervenants du réseau de la santé.

J'ai eu l'occasion de rencontrer les autorités de l'Hôtel-Dieu de Lévis, et ils travaillent justement sur la méthode Toyota, et ça, ils adhèrent à ça. Puis l'objectif...

Puis, vous l'avez dit, M. le ministre, en début aussi, puis ça, je trouve ça intéressant que vous l'avez dit, il n'y aura pas de coupure de ressources. Parce qu'il y en a qui ont essayé de faire dire qu'on va couper dans les ressources. Ce n'est pas ça du tout. L'idée, c'est, avec les travailleurs du réseau de la santé, d'aller chercher une efficacité pour faire en sorte que, ces gens-là, on puisse leur permettre de respirer un peu, pour faire en sorte qu'on ne soit pas obligé de prendre un messenger dans une même ville pour transporter des radiographies d'une clinique à l'autre parce qu'on n'est pas informatisé. C'est ça, la révolution qui est en train de se faire dans le domaine de la santé, et, moi, je découvre aujourd'hui, finalement, qu'on était à l'âge de pierre il y a quelques années puis que maintenant on est en train de révolutionner... Alors, moi, M. le ministre et M. le Président...

Le Président (M. Kelley): Il reste comme 40 secondes, alors...

M. Lehoullier: 40? Oh! Excusez-moi, je suis allé un petit peu trop... Je m'excuse, mais c'est une des mes...

Le Président (M. Kelley): Non, mais c'est votre enthousiasme, M. le député.

Dons d'organes

M. Lehoullier: Mais je trouve quand même que c'est significatif, ce qui se fait actuellement. Alors, M. le ministre, au sujet des dons d'organes, très, très rapidement, évidemment, on est au coeur de la semaine du don d'organes. On sait que l'absence de disponibilité de certains organes, comme la cornée, hein... Puis ça, on parle de retards en chirurgie, là. Alors, souvent, dans la chirurgie, ça dépasse six mois justement parce que les organes ne sont pas disponibles, etc. Pouvez-vous nous en parler un peu?

Le Président (M. Kelley): Rapidement, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, je... Bien, le don d'organes, c'est un dossier coup de coeur, là. Je veux dire, je pense que tout le monde au Québec peuvent connaître des gens qui, à un moment donné, ont eu soit un don d'organes ou ils devraient en avoir un. La problématique, au niveau du don d'organes, on a une technologie médicale qui a beaucoup évolué, c'est-à-dire qu'on peut aider beaucoup les gens. Le problème, c'est que, vu qu'il y a moins de décès — qui est une bonne chose — par accident au Québec, on a moins de gens également qui peuvent donner leurs organes, on a moins de donneurs potentiels. Ce qu'il ne faut pas, c'est échapper des gens qui sont des donneurs potentiels. Et puis ça, ce qu'on fait au Québec, on a mis en place un système de pouvoir détecter rapidement et reconnaître les cas pour que, par la suite, on puisse les récupérer dans notre système de santé.

La façon dont ça fonctionne, c'est que, dès que quelqu'un, entre autres au niveau du personnel infirmier puis des médecins dans les établissements, a quelqu'un qui est en mort cérébrale, on fait en sorte qu'il puisse, par ligne téléphonique, rejoindre quelqu'un qui va faire

la coordination du don d'organes. Mais ça, ça prend une condition avant: il faut que les gens aient signé leur carte. Si vous n'avez pas signé votre carte, à ce moment-là, ça devient très compliqué. Il faut parler avec la famille. C'est toujours possible, mais le mieux, c'est de laisser savoir son intention. Et tous les Québécois qui croient dans ce système devraient signer leur carte parce qu'un jour ou l'autre ça peut tous nous arriver, un accident, ou ça peut arriver à un de nos proches et, à ce moment-là, ça peut aider d'autres personnes. Et il n'y a pas de don plus grand que le don de soi. Moi, je pense, c'est le premier élément.

Deuxième élément, vous avez parlé des cornées. C'est également ça. C'est-à-dire que parfois on peut être décédé, mais on a un certain temps, après la mort, pour pouvoir donner certains organes, dont la cornée. Et ce qu'on demande aux gens également, c'est de le laisser savoir. Et puis, une fois que vous êtes mort, bien ça se fait de façon très noble, là, c'est fait... Je ne dirais pas «un rituel», mais c'est très respectueux. C'est qu'on peut prendre la cornée des gens, et cette cornée-là va servir à d'autres personnes pour mieux voir. Et puis vous avez raison, puis ça, ça ne fait pas partie de la liste officielle des listes d'attente parce que, la liste d'attente en chirurgie, ce qu'on tient compte, c'est quand la personne est disponible et qu'il n'y a pas de condition. Mais le problème au niveau des greffes, c'est qu'il y a des gens qui sont en attente de donneurs, et puis le problème, c'est la substance de base, c'est l'organe.

● (12 heures) ●

Donc, là-dessus, c'est un appel qu'il faut faire à la population, là, pour qu'on encourage les dons d'organes. Chaque citoyen doit prendre sa propre responsabilité de signer sa carte. Et également, nous autres, on a mis en place un système extrêmement performant pour s'assurer qu'à toutes les fois qu'il y a un donneur potentiel, qu'on puisse récupérer les organes. Et puis je conclurais en disant: Vous savez que, pour un donneur, on peut avoir plusieurs organes. Puis, moi, pour avoir travaillé dans les urgences puis aux soins intensifs, je peux vous dire que j'ai eu des patients qui ont donné... il y a des donneurs potentiels qu'on a eus comme patients puis qu'on s'est servi de sept à huit organes. On peut utiliser le coeur, on peut utiliser le foie, les poumons, on peut utiliser les reins, hein? Puis je vous rappelle que, pour les reins, ça veut dire que c'est quelqu'un qui cesse d'être en hémodialyse; pour les coeurs, c'est quelqu'un qui ne mourra pas puis qui va pouvoir survivre. Et il faut profiter de la semaine du don d'organes pour en faire la promotion et s'assurer que, comme devoir de citoyen, chacun se sente conscientisé par cette problématique.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Et, étant donné l'importance, j'ai dépassé l'enveloppe. Alors, qu'est-ce que je propose, il y a deux blocs qui restent, je propose 20 minutes pour l'opposition officielle, 17 minutes pour le parti ministériel, qui va nous amener à 12 h 37. J'aurais besoin d'un consentement pour dépasser de sept minutes, pour juste compléter nos travaux, et ça va permettre les enveloppes après-midi.

Pour les dons d'organes, je veux souligner également le travail de notre ancien collègue Bill Cusano, député de Viau, qui a piloté des projets de loi à cette Assemblée pendant sa longue et distincte carrière à

l'Assemblée nationale. Sur ça, pour un bloc de 20 minutes, M. le député de Marie-Victorin, la parole est à vous.

Dossier de santé du Québec (suite)

Coûts hors portée

M. Drainville: Merci, M. le Président. On va revenir rapidement, très rapidement, là, sur le Dossier de santé du Québec. On n'a pas abordé la question des coûts hors portée qui devaient s'élever à 250 millions, selon le Vérificateur général. Dans le Plan québécois des infrastructures, dans le détail du plan qui nous a été remis par M. Gauvreau — c'est bien Gauvreau, hein? Oui — bon, bien, il y a... sous la section Parachèvement, là, il y a 205 millions pour poursuivre le projet Inforoute Santé et pour soutenir les établissements dans les mises à niveau nécessaires pour l'information et la circulation des renseignements cliniques.

Je me demandais dans le fond: Le 205 millions qui est dans le Plan québécois des infrastructures dédié à la santé, est-ce que c'est 205 millions sur les 250 qui doivent être investis en coûts hors portée pour le DSQ? C'est simple comme question.

M. Bolduc: Avant de demander à quelqu'un du ministère, j'aimerais ça apporter une clarification sur une discussion qu'on a eue ce matin. C'est que, comme de fait, il y a eu des discussions entre votre équipe et puis le ministère sur la question des contrats, et puis, en 2007, la discussion qu'il y avait eu, c'est avec Mme Sonia Boucher, et Mme Boucher avait demandé la liste des contrats, qui lui a été envoyée, et elle avait également discuté pour la possibilité d'avoir les contrats, puis, suite à une discussion avec votre attaché politique ou votre responsable des communications, c'est elle qui avait dit que ce n'était plus nécessaire d'avoir les copies de contrats, parce que c'était à peu près 2 000 pages. Et puis ça, nous autres, ça a tout été concilié, puis on peut même vous donner les dates exactes des conversations. Donc, juste pour être clair, pour clarifier la situation, ce n'est pas qu'on ne vous a pas rendu disponibles... il y a eu les discussions qui ont été faites, vous avez eu la liste, et, quand est arrivé le temps d'envoyer les contrats, c'était une entente entre les deux parties pour dire que ce n'était pas nécessaire. Donc, le travail a été très, très bien fait du côté du ministère, et j'en félicite les fonctionnaires.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Écoutez, je prends note des précisions. Maintenant, sur la question du 205 millions, là, pour le projet Inforoute Santé, est-ce que c'est 205 millions sur les 250 millions en coûts hors portée du projet DSQ? Si ce n'est pas... si on n'a pas la réponse à ça, on va passer à l'autre sujet et on va laisser le temps à vos fonctionnaires de trouver la réponse, parce que l'autre sujet que je veux aborder avec vous, c'est les coopératives de santé, M. le ministre. Puis il nous reste beaucoup, beaucoup de sujets à aborder ensemble — et je vois votre large sourire, je sais à quel point vous êtes ravi de passer tout ce temps-là avec moi et avec nous — et, comme on a beaucoup d'autres sujets, on va

se dépêcher de les aborder les uns après les autres, en étant rigoureux bien sûr.

Frais exigés par la Coopérative de solidarité de la clinique santé de Gatineau

Coopératives de santé. Vous avez déclaré... c'est rapporté dans le journal *Le Droit* du 25 février 2009, à propos de la coopérative de santé de Gatineau, vous avez déclaré que les frais annuels de 100 \$ imposés par la coopérative santé de Gatineau constituaient un ticket modérateur. Est-ce que vous avez l'intention de légiférer pour éliminer le ticket modérateur en question, ce que vous qualifiez de ticket modérateur? Est-ce que vous avez l'intention de légiférer pour empêcher ce type de ticket modérateur, comme vous les qualifiez vous-même?

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

M. Bolduc: Je suis d'accord avec le député de Marie-Victorin, je suis ravi de partager des informations avec lui. Puis je trouve que le fait de faire la discussion sur les crédits nous permet d'informer la population sur ce qui se fait, et on prend le temps de bien leur expliquer tout le dossier, ce qui fait qu'à ce moment-là ils sont en mesure de bien juger la situation du gouvernement par rapport à la santé.

La réponse, c'est oui, mais il faut l'expliquer comme il faut. La façon dont ça fonctionne actuellement, c'est qu'il y a des coopératives, puis, il faut comprendre, les coopératives au début, quand ça a été mis en place, c'était dans des petites communautés qui n'avaient pas de médecin. La municipalité locale, elle disait: Bien, on va vous aider, on va vous fournir certains services. Un des véhicules, une des options, c'était de créer une coopérative dans laquelle la municipalité investissait de l'argent. Après ça, ça a évolué par: bien, si on veut avoir les services au niveau de la coopérative, on demande aux patients de nous donner un montant. Et c'était sur une base volontaire et c'était pour améliorer l'accessibilité dans des petites communautés.

Là, ça a évolué puis il y a des gens qui ont trouvé que c'était peut-être une façon de faire payer indirectement par le patient, le citoyen, des frais qu'ils ne pouvaient pas charger au gouvernement. Ça fait qu'il y en a qui ont évolué en disant: Maintenant, on demande que... si vous voulez qu'on vous traite, on va demander nécessairement que vous payiez, dans ce cas-là, 100 \$. Si vous ne payez pas votre 100 \$, vous ne faites pas partie de la coopérative et, à ce moment-là, on ne vous traite pas. Dans un contexte de pénurie de ressources, le patient n'a pas le choix: s'il veut être soigné, il est obligé de donner le 100 \$, sinon il n'aura pas les services. Donc, c'est un ticket modérateur, et j'utilise le mot, là, c'est-à-dire que c'est un élément qui bloque l'accessibilité des services, et le patient, selon moi, est pris en otage.

Une fois qu'on a dit ça, quand on vérifie au niveau de la loi, c'est flou, ce n'est pas clair, et puis, si on s'en va en cour avec ça, bien, à un moment donné, avec les avocats, on peut avoir des versions différentes et puis on n'est pas sûrs non plus qu'on pourrait gagner. Et la façon de le voir, c'est de revoir le principe. Dans un premier temps, on ne peut pas dire qu'il n'y aura

pas de coopérative, parce qu'il y a plusieurs coopératives qui font un excellent travail, et l'objectif de ces coopératives-là, ce n'est pas de bloquer l'accès, mais c'est, comme de fait, de donner un meilleur service en permettant d'avoir certains fonds, et c'est surtout, comme je vous dis, dans les petites communautés.

Les maires, surtout de la Mauricie, ont écrit une lettre également, qui, eux autres, au début, ont développé ce modèle-là. Maintenant, ils écrivaient au ministre, c'est-à-dire à moi, pour me dire de faire quelque chose parce que c'était rendu que c'était de la surenchère, hein, c'était rendu que ce n'était plus 50 \$, c'était 75 \$, c'était rendu 100 \$. Donc, il y a de la négociation qui se faisait, et, à la fin, encore là, les municipalités et les patients étaient pris en otages.

Comment on va travailler le dossier? C'est qu'on va légiférer très bientôt, l'article est en préparation actuellement, pour s'assurer que, s'il y a une coopérative, ils ne puissent pas refuser des gens, et il n'y a aucune accessibilité qui va être liée au fait d'être membre ou pas, ou de payer ou pas, et c'est quelque chose qui va être déposé bientôt. Et c'est un dossier, encore là, qui... pour moi, c'est un dossier de coeur, là. Mais, moi, je trouve ça inacceptable qu'on utilise la porte d'en arrière pour des choses qu'on n'a pas le droit de faire par la porte d'en avant, et c'est quelque chose qu'on veut bloquer. Et j'espère que le député de Marie-Victorin et le Parti québécois vont être en accord avec notre proposition, et ils devraient au moins se positionner pour dire qu'ils sont d'accord sur les grands principes de ce que je viens d'énoncer.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Donc, si je comprends bien, M. le Président, il n'a pas l'intention de rendre illégaux les frais annuels, mais ce qu'il veut faire dans cette législation, c'est de s'assurer que ceux qui ne seront pas membres de la coopérative puissent quand même avoir accès aux médecins de la coopérative. Est-ce qu'on a bien compris?

M. Bolduc: Oui, c'est le principe général. Là, il y a le libellé que, moi, j'ai vu, qu'on est en train de retravailler. La problématique, c'est de dire: Maintenant, on n'a plus le droit de charger des frais... ce n'est pas des frais annuels comme des frais pour appartenir à la coopérative. C'est que, les gens dans les petites municipalités, c'est un des véhicules qu'ils utilisent, la coopérative, pour être capables de donner des services à la municipalité. Donc, il faut faire attention de ne pas causer un autre effet néfaste. Donc, il faut trouver un équilibre entre un véhicule qui est intéressant, qui est communautaire — hein, c'est un véhicule communautaire — et éviter la problématique de gens qui s'en serviraient pour faire de l'argent en limitant l'accès à des patients. Donc, c'est l'équilibre. Et on va avoir l'occasion de vous consulter sur ce projet.

M. Drainville: Vous parlez: Il faut éviter l'effet néfaste, et l'effet néfaste, ça pourrait être quoi, par exemple?

M. Bolduc: Le problème d'accessibilité. Ça, ce que ça veut dire, c'est que, si quelqu'un disait: Moi, je

suis d'accord avec la coopérative comme organisme communautaire, je suis prêt à faire un don, ça pourrait être acceptable en autant que, si quelqu'un ne fait pas le don, à ce moment-là il n'y a pas de limitation au niveau de son accès.

M. Drainville: O.K. Donc, si on comprend bien, M. le Président, dans le fond, ce que le ministre veut essayer de faire, c'est: il ne veut pas empêcher les coopératives de santé d'exister, donc il ne veut pas rendre illégaux les frais, que ce soient les frais d'adhésion ou les frais annuels, mais il veut s'assurer que quelqu'un qui n'est pas membre, qui cogne à la porte, puisse être soigné par le médecin, qu'il soit membre ou pas de la coopérative en question. On se comprend bien?

M. Bolduc: Tout à fait, de la même façon, oui.
● (12 h 10) ●

M. Drainville: Bon. Et quel serait, à ce moment-là, l'intérêt d'une personne d'adhérer à la coopérative et de payer, par exemple, 25 \$ pour devenir membre et, après ça, acquitter des frais annuels de 100 \$? Quel serait l'incitatif, dirions-nous, à une personne de payer pour être membre si ça ne donne pas plus d'accès?

M. Bolduc: C'est là la beauté, c'est qu'au début les coopératives, ça avait un objectif noble: c'est de s'engager pour donner des services dans la communauté en permettant d'avoir une clinique locale. Donc, moi, je reviens à l'objectif noble. Les gens qui croient dans le processus... dans le véhicule de la coopérative de santé, eux autres, ils vont le faire de bon coeur. Et, si les gens me disent: Nous autres, on ne le donnera pas, bien, à ce moment-là, il va falloir trouver... la municipalité va devoir trouver un autre véhicule que celui-là.

Donc, moi, je trouve, on revient vraiment à l'essence. C'était quoi, une coopérative? C'était d'abord un organisme communautaire pour se doter de services. Donc, c'est un engagement communautaire. Si les gens nous disent qu'ils ne sont pas capables de... qu'ils n'acceptent pas ce principe-là et que, dans ce cas-là, ils ne paieront pas, bien ça va être le choix de la municipalité et des gens qui y demeurent.

M. Drainville: Est-ce que, M. le Président, le ministre est d'accord avec l'idée que le membre qui paie ait quand même droit à des services accessibles seulement aux membres? Et je ne parle pas d'accès aux médecins, là, je parle, par exemple, d'accès à des ateliers qui seraient donnés par une nutritionniste, par exemple, pour manger mieux, mieux cuisiner, cuisiner davantage des plats santé, ou encore qu'il y ait... peu importe, là, qu'il y ait des services spéciaux qui soient donnés aux membres mais qui ne donnent pas un privilège ou un accès plus privilégié au médecin, au service du médecin.

M. Bolduc: Ça, c'est ce qu'on appelle les services... Moi, je fais une différenciation entre les services assurés et les services non assurés. Tout ce qui est service assuré, il faut avoir une accessibilité égale, et ce qui est non assuré, bien, à ce moment-là, c'est de l'organisation interne au niveau de la clinique, de s'assurer qu'ils pourraient le faire.

Et puis je vais vous donner un exemple: si, dans la coop, tu avais le droit à des services de physiothérapie gratuits, dans un système... Dans notre système actuellement, la physiothérapie, lorsque vous allez dans le privé, bien vous êtes obligé de la payer. Si la coop décidait qu'entre eux autres ils s'organisent autrement puis qu'il y a une cotisation pour donner l'accessibilité à certains services non assurés, à ce moment-là, je pense, c'est plus dans leur modèle d'affaires.

Mais ce qui est important, c'est que tout citoyen au Québec ne doit pas avoir de règle de discrimination quand il arrive à l'accessibilité des services, dont, entre autres, la facturation.

Conditions de financement des cabinets médicaux privés

M. Drainville: Est-ce que... Bon, vous le savez, vous l'avez dit, la raison principale pour laquelle on a assisté à la naissance de ces coopératives de santé là, c'est le manque d'accès aux médecins de famille, hein, dans le fond, en résumé, c'est ça, là. Est-ce que vous avez l'intention de faciliter la vie ou d'améliorer les conditions de financement des cabinets médicaux privés? Et on en revient à une discussion qu'on a abordée, là, obliquement la dernière... hier ou avant-hier, lors de la dernière ou avant-dernière session: toute la question de la composante technique. Est-ce que c'est pour vous une priorité d'améliorer le financement de la composante technique pour rendre davantage viable l'existence des cabinets privés de médecins, là, les cliniques médicales qu'on a dans nos villes, sur le coin de la rue? Est-ce que ça, pour vous, c'est quelque chose qui est important?

M. Bolduc: M. le Président, là, je vais clarifier comme il faut, puis c'est important de bien comprendre, je fais une différenciation entre le moyen et la fin, O.K.? Il y a des moyens qui doivent être négociés avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qui peut être une composante soit au niveau de l'acte soit au niveau de la façon de travailler des médecins omnipraticiens, et il y a la fin. Ce qu'on veut au Québec, c'est que notre organisation de première ligne soit basée, dans un premier temps, sur l'accès à un médecin de famille, et on sait que 90 % des médecins de famille sont en clinique privée. Donc, il faut que les cliniques privées soient viables, au niveau financier, à long terme.

Un des problèmes qu'on a actuellement, c'est que les gens trouvent qu'en cabinet privé c'est des charges de frais de bureau, ça les pénalise pour pratiquer, donc ils ont tendance à rester dans les établissements de santé et ils se désengagent de la première ligne. Donc, la finalité à atteindre, la finalité à... oui, la finalité à atteindre, c'est de s'assurer qu'on a des cliniques qui sont viables et qu'on a une pérennité dans le temps. Et actuellement la problématique qu'on a, c'est qu'il y a des médecins qui restent plus en deuxième ligne qu'en première ligne, pour plusieurs raisons. Une de ces raisons qu'on nous dit, c'est qu'avec le temps les frais de cabinet privé ont augmenté, qui fait que ça devient moins avantageux d'avoir son cabinet privé, donc les gens ne s'installent pas en cabinet privé. Ça, c'est la finalité qu'on veut avoir, c'est-à-dire s'assurer qu'il y a une pérennité au niveau de nos cliniques médicales.

Dans les moyens — ça, c'est des moyens — on va négocier. Il faut négocier avec la Fédération des médecins omnipraticiens. Est-ce que ça va dans la négociation au niveau de la tarification lorsqu'on voit un patient, ce que, moi, je favorise? Est-ce que c'est dans la façon dont les médecins peuvent charger? Là, il faut comprendre comment fonctionne un cabinet médical.

Un cabinet médical, tu as deux types de revenus. Le premier type de revenus, c'est ce qui te vient du système public, la RAMQ: je vois un patient, je fais un examen, je suis payé pour avoir vu le patient, ça, ça fait partie de ma rémunération. Le deuxième type de revenus, c'est qu'il y a des services qui sont non assurés. Les services non assurés, on peut les charger directement au patient, théoriquement à un prix raisonnable.

Ce que le député de Marie-Victorin dit, il dit: La composante technique, ce qu'on appelle le service non assuré, est-ce que je vais laisser une ouverture pour que ça devienne un petit peu le loisir du médecin de choisir la tarification et de décider qu'est-ce qu'il va charger ou pas puis à quel niveau, tout simplement sur le principe que, si leur cabinet est moins bon financièrement, il y a deux façons de l'améliorer: soit qu'on travaille sur la RAMQ, c'est-à-dire les services facturés, ou on laisse le médecin dire: Tu vas charger plus cher au patient pour certains services?

Ma position: je défends le patient. Moi, je suis le négociateur en chef pour le patient, et ce que je veux à la fin... Parce qu'il ne faut pas oublier, de toute façon, ça sort de la poche de quelqu'un, ça sort de la poche soit du citoyen ou du patient, qui, en passant, est la même personne. Ça fait que, pour moi, ça prend un équilibre. Je pense qu'il faut avoir une tarification qui est acceptable en bureau pour qu'on s'assure d'une pérennité d'un système. D'un autre côté, on ne voudrait pas qu'encore là on fasse par la porte d'en arrière ce qu'on n'a pas le droit de faire par la porte d'en avant, c'est-à-dire d'avoir une tarification sur laquelle souvent le patient n'a pas le choix, hein: si vous venez dans notre clinique, vous allez devoir avoir tel service, disons que ça va vous coûter tant.

On en revient au sens qu'on avait dit tantôt au niveau du frais annuel, c'est qu'on ne veut pas non plus que le patient paie très cher des services qui dans le fond ne coûtent pas si cher que ça. Et ça, ça fait partie de la négociation qu'on doit avoir avec la Fédération des médecins omnipraticiens, qui est le syndicat représentant les médecins au Québec. C'est quoi qui est acceptable? Ma position, la position que je pense que je prendrais comme citoyen, comme consommateur et comme patient: il faut que ce soit négocié pour ne pas limiter l'accès. S'il y a des frais sur des services non assurés, il faut s'assurer que ce soit raisonnable et conforme au juste prix, et également il y a des mécanismes de surveillance qui doivent être mis en place pour s'assurer qu'il n'y en a pas qui abusent du système.

C'est parce que la problématique que vous avez, c'est qu'il y a des gens qui, quand ils voient une faille à quelque part, ils s'en servent pour eux autres, non pas penser en tant que médecin responsable de patients, mais en tant que business, clinique médicale, et c'est de ça qu'il faut se préserver. Mais il va y avoir un équilibre entre les deux, et ça devrait être négocié avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qui est

très au courant du dossier, qui est préoccupée par le dossier et qui... eux autres veulent défendre leurs membres pour que ce soit équitable pour tout le monde.

Le Président (M. Kelley): Il vous reste trois minutes, M. le député.

M. Drainville: Oui. Là, M. le Président, on va... je ne sais pas si on va avoir la réponse sur les coûts hors portée du DSQ. Si on a... On l'a ou on ne l'a pas?

M. Bolduc: On ne l'a pas. On va l'avoir cet après-midi.

M. Drainville: Parfait. Je veux juste préciser si... Peu importe la réponse à la question précise sur le 205, la question corollaire évidemment, c'est de savoir quelle est la part du 250 millions de coûts hors portée qui a été dépensée, engagée depuis le début. On verra cet après-midi?

M. Bolduc: On va essayer d'apporter les deux réponses cet après-midi.

Utilisation de main-d'oeuvre indépendante

M. Drainville: Excellent. Il nous reste quelques minutes. La main-d'oeuvre indépendante — là on va faire un peu de saut d'un sujet à l'autre — main-d'oeuvre indépendante, M. le Président, ça, c'est les agences, les fameuses agences privées, infirmières, préposés aux bénéficiaires, il y en a dans plusieurs corps professionnels, pour plusieurs corps professionnels. Les coûts de cette main-d'oeuvre indépendante ont bondi de 55 % entre 2006... entre 2005-2006 et 2007-2008. C'est 324 millions — hein, c'est bien ça? 324 millions de dollars qu'on donne à des agences privées qui sous-traient du personnel infirmier... enfin toutes sortes de professionnels à nos établissements publics. Ça, c'est 324 millions de notre argent, comme contribuables, qui sert à payer pour du personnel qui, dans certains cas, est parti du secteur public pour aller travailler dans le privé. Et là on les paie dans le privé pour qu'ils reviennent dans le public, parfois dans le même emploi d'ailleurs.

D'abord, pour cet après-midi...

Le Président (M. Kelley): Allez rapidement aux questions pour laisser le temps pour la réponse.

M. Drainville: Oui. Pour cet après-midi, est-ce qu'il serait possible de préciser c'est quoi, les catégories de main-d'oeuvre indépendante? Parce qu'on a le chiffre 324 millions, mais on ne sait pas ce que ça couvre exactement. Ça, je suis sûr que vous pouvez nous le trouver.

Mais la question, il y en aura une: Est-ce que c'est un objectif pour le ministre d'éliminer le recours aux agences privées dans le domaine infirmier et dans les autres domaines?

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

M. Bolduc: J'ai combien de temps pour répondre?
● (12 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): 1 min 30 s.

M. Bolduc: La réponse, c'est un oui franc, O.K.? Et puis là vous avez la conséquence des coupures qu'il y a eu dans le réseau de la santé sous le Parti québécois, et c'est surtout la conséquence du fait de ne pas avoir assez formé de personnes au niveau du personnel infirmier, par le Parti québécois à l'époque. C'est une conséquence directe parce que ça nous a mis en pénurie de ressources, ça a désengagé les gens.

Et pourquoi est-ce qu'il y a du personnel de main-d'oeuvre indépendante? La raison est très simple, c'est: lorsque vous êtes en pénurie, on ne peut pas accepter non plus d'avoir des bris de services, et la main-d'oeuvre indépendante est utilisée pour éviter les ruptures de services. Ce qu'on veut chercher, c'est augmenter le nombre de personnes qui va travailler dans le réseau. Plus il y en a qui vont travailler dans le réseau, moins je vais avoir à utiliser la main-d'oeuvre indépendante.

Et la main-d'oeuvre indépendante, pour moi c'est une conséquence néfaste de ce qui s'est passé dans le passé. Mais c'est quelque chose sur lequel on veut travailler, et on veut s'assurer que ce qu'on... nos établissements soient de plus en plus autonomes au niveau du personnel. Mais, pour ça, il faut en former, il faut les garder puis, si possible, il faut éviter qu'ils ne prennent leur retraite ou... qu'ils puissent donner encore quelques années, d'où nos engagements électoraux.

Les engagements électoraux, c'est: quand le personnel va rentrer sur le marché, on va mieux le supporter avec les principes du mentorat, on va leur donner des primes pour les encourager à rester avec nous autres. Et, pour éviter que les gens sortent, on a une prime de 8 000 \$ par année pour les gens qui vont accepter de différer leur retraite et donner un coup de main. À chaque fois que quelqu'un va rester dans le réseau de la santé, c'est une personne de moins de main-d'oeuvre indépendante. La main-d'oeuvre indépendante, c'est du monde qui nous coûte plus cher, et je suis un partisan d'essayer de l'éliminer le plus possible. Est-ce que le député de Marie-Victorin est d'accord avec moi?

M. Drainville: Bien, je vais juste préciser d'abord les faits, là.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, mais très rapidement, s'il vous plaît, parce que...

M. Drainville: De 1997-1998 à 2002-2003, les admissions en sciences infirmières, cégep et bac, sont passées de 1 796 à 4 775. Ça a plus que doublé, tout de suite après le déficit zéro, ça a plus que doublé. Alors, il ne faut pas trop pelleter les problèmes, vos problèmes, dans notre cour. Vous êtes ministre d'un gouvernement qui est là depuis sept ans, et le problème, entre autres, de titularisation, ce n'est pas le problème du PQ, c'est votre engagement que vous avez pris auprès des infirmières, et elles nous disent qu'il n'est pas respecté. Une des façons de les garder...

Le Président (M. Kelley): En conclusion, s'il vous plaît.

M. Drainville: ...une des façons de les garder dans le secteur public, dans le système de santé, c'est de les titulariser, et actuellement vous ne le faites pas suffisamment, et ça, ce n'est pas notre problème, c'est le vôtre.

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

M. Bolduc: Bien, je peux répondre. C'est qu'on cherche à en titulariser de plus en plus. Par contre, la titularisation, même dans certains milieux, c'est du côté des infirmières mêmes qu'il y a un peu de résistance, mais on est en train de travailler là-dessus. Mais ce qu'on vise, c'est d'avoir du personnel en quantité suffisante, et puis qu'on peut les utiliser de façon judicieuse, et surtout éviter la surcharge de travail.

M. Drainville: Merci beaucoup.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Mégantic-Compton.

Mme Gonthier: Non, ça va. On va aller avec...

M. Sklavounos: Avec votre permission, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Laurier-Dorion.

Infirmières praticiennes spécialisées

Rôle et nombre

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. Alors, nous sommes sur la question des infirmières, et j'ai une question concernant les infirmières praticiennes spécialisées, M. le Président, pour le ministre. On entend beaucoup parler de ces infirmières dans les nouvelles récemment. On les appelle communément des super-infirmières. On a entendu, entre autres, la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui a pris position dans les médias, disant qu'il n'y en a peut-être pas assez au Québec, et, lorsqu'on se compare avec l'Ontario, on devrait en avoir davantage.

J'aimerais que le ministre nous dise si c'est exact qu'on n'a pas assez d'infirmières praticiennes spécialisées au Québec. Et, si c'est le cas, qu'est-ce que le ministre va faire pour nous assurer que ces besoins seront adressés?

M. Bolduc: Oui. Bien, je pense qu'il faut commencer par expliquer c'est quoi, une infirmière praticienne spécialisée. Le terme «superinfirmière», j'essaierais de ne plus l'utiliser parce qu'«infirmière praticienne spécialisée», ça veut tout simplement dire... c'est des gens qui vont en faire plus qu'une infirmière habituelle. Mais déjà les infirmières habituelles en font déjà beaucoup, O.K.? C'est juste que le type de travail va être différent.

C'est d'abord une infirmière qui a une formation de maîtrise, et puis, en termes de fonctions et de tâches, elle peut faire plus de choses qu'une infirmière dont... entre autres elle peut faire de la prescription, l'examen diagnostique et la prescription de certains médicaments.

les meilleures pratiques de gestion, quel que soit le domaine, c'est les mêmes pratiques de gestion.

Qu'est-ce qui ressemble le plus à un bloc opératoire, c'est une usine de fabrication d'autos, quand vous regardez les processus, O.K.? Le patient, c'est un humain, et, quand vous regardez le processus, c'est qu'on entre au bloc... D'abord, on voit son médecin qui décide qu'il va avoir une chirurgie. La chirurgie, il faut qu'elle soit cédulée d'avance, donc il y a une préparation. Puis, quand on arrive au bloc opératoire, on est d'abord dans la période d'attente, on rentre dans le bloc opératoire, où les gens... on espère que les gens sont formés au niveau technique pour être efficaces puis faire les bons gestes au bon moment. Puis, une fois que vous avez sorti puis qu'on vous a fait votre intervention, là vous tombez dans la période de récupération.

● (12 h 30) ●

Mais, quand vous regardez les processus, c'est la même chose. La gestion d'une urgence, c'est comme la gestion d'un restaurant. Vous êtes capable... Il faut que vous travailliez avec la fluctuation dans la journée, donc votre personnel doit s'ajuster en fonction de ça. Et puis au niveau des processus, également, il y a des urgences et puis il y a des façons de fonctionner.

Ce qui fait que, quand on regarde la méthode Toyota, dans le réseau, les gens, ils sont prêts. D'ailleurs, actuellement, même ceux qu'on avait pas demandé, il y en a qui font des projets. Et puis ce qu'on se rend compte, c'est que le premier projet donne du rendement. Et puis, l'expérience de Val-d'Or, c'est qu'une fois qu'on a eu fini le projet au bloc opératoire les autres dans l'établissement, dont l'urgence, les laboratoires, voulaient qu'on fasse le même projet. Donc, au début, les gens ne connaissent pas la méthode, ils sont un petit peu restrictifs, ils ne sont pas réceptifs. Puis, une fois qu'ils voient qu'est-ce que ça donne comme résultat, ils veulent l'avoir. Puis l'objectif, à la fin, ce n'est pas de défendre une méthode, c'est quelles sont les manières de faire pour avoir ce qu'il y a de mieux, puis de s'accaparer les meilleures formations, les meilleures gestions, puis c'est les meilleures pratiques.

D'ailleurs, un élément intéressant, c'est que, l'INES, qui va être formé bientôt, un de ses mandats, ce n'est pas juste de regarder les soins, c'est de regarder aussi les meilleures pratiques. Et, si vous regardez le patient, le patient ne se plaint pas de la qualité de l'acte, le patient se plaint de l'accessibilité, qu'il attend longtemps puis que parfois c'est difficile de se retrouver dans le système. La méthode, c'est justement ça, c'est de rendre facile ce qui est difficile, c'est d'avoir des méthodes standardisées. Et souvent une des façons, c'est par des guichets uniques où le patient, en téléphonant à un endroit, va avoir toute l'information.

Donc, actuellement, je vous dirais que, moi, je trouve qu'on a une grande réceptivité. Il y a encore beaucoup de travail à faire, mais les gens savent que c'est pour le bien des organisations puis à la fin avoir un meilleur système de la santé.

Mme Gonthier: Bien, merci. Je vous ai posé la question justement parce que chez nous, à l'Hôpital de Lac-Mégantic, on parle de... on envisage présentement, pour l'urgence, enfin de regarder à une réorganisation

possible, et puis tout ça. Je pense que les gestionnaires de l'hôpital sont très enthousiastes. Par contre, au niveau du personnel ou enfin de la population, on se pose des questions un petit peu. Alors, il y a un certain... Vous avez raison, on parle de changement et on sait que les gens ont toujours une certaine forme de résistance au changement parce qu'on connaît ce qu'on fait et on ne connaît peut-être pas ce qu'on devrait faire. Alors ça, ça crée certains questionnements.

M. Bolduc: Puis c'est intéressant de discuter parce que, là, on parle de la méthode Toyota, mais ça fait 25 ans que je suis dans le réseau, on a toujours fait de la réorganisation du travail. Mais la réorganisation du travail, c'est la même chose que la méthode Toyota parce qu'on va chercher les meilleures pratiques puis on essaie de les incorporer de façon souvent moins structurée. Et puis il n'y a pas un projet de réorganisation du travail que les gens, au début, ils sont résistants parce que le plus difficile dans le vie, le plus difficile dans la gestion, ce n'est pas de commencer à faire des nouvelles choses, c'est d'abandonner ce que tu faisais et puis de trouver, de se donner des nouvelles habitudes de travail. Et c'est ça que les gens ont de la difficulté. C'est que ça fait 20 ans qu'ils travaillent d'une façon, puis maintenant on leur dit: On va travailler différemment. Et de quitter leurs habitudes puis de développer des nouvelles habitudes, c'est difficile. Mais, une fois qu'ils l'ont fait, il n'y a personne qui reviendrait en arrière. Mais c'est là, je pense... L'art de faire la transformation du réseau, c'est d'amener ces gens-là de le faire de façon volontaire, de s'y mettre. Puis, une fois qu'ils ont atteint des résultats, là, ils sont contents. Une fois que vous avez atteint des résultats, bien vous passez à autre chose.

Mme Gonthier: Merci. Et je pense, en conclusion, qu'une chose qu'il faut retenir, c'est le dernier élément que vous avez amené de votre méthode Toyota: c'est que, dans le fond, on veut améliorer les conditions de travail aussi. Alors, on veut améliorer le service aux patients, bien sûr, mais, les conditions de travail, moins d'épuisement chez nos gens qui nous donnent les services de santé, je pense que c'est un objectif qu'il faut atteindre.

M. Bolduc: Absolument.

Mme Gonthier: Merci.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Lévis, il vous reste un autre quatre, cinq minutes.

Unités de médecine familiale

M. Lehouillier: O.K. Alors donc, M. le Président, d'abord merci de me donner à nouveau la parole. Quand on regarde l'augmentation des soins de santé au cours des dernières années, donc on parlait de 6 % d'augmentation, et M. le ministre, dans son introduction, a très bien indiqué que les hausses de rémunération accordées, les variations des contributions de l'employeur, etc., donc c'est 58 % de cette croissance-là, hein? C'est 58 % de la croissance, c'est 840 millions.

C'est donc dire l'importance que le gouvernement accorde aux ressources humaines dans le secteur de la santé.

Et, moi, je m'inscris en faux sur ce qu'on entend depuis le début à certains niveaux, lors de cette commission parlementaire, de gens qui essaient de dire: Bien là, écoutez, là, le service de santé s'en va directement sur le mur puis, à un moment donné, il n'y a plus rien qui va fonctionner. Un, ce n'est pas ça que les Québécois veulent, ce n'est pas ça que les travailleurs du réseau de la santé veulent, ce n'est pas ça que les réseaux de la santé veulent. Ce que ces gens-là disent, c'est que nous avons augmenté les budgets du réseau de la santé parce qu'on veut des ressources humaines, ça prend beaucoup de ressources humaines. Mais, à un moment donné, il y a des limites à former des infirmières puis il y a des limites à ce qu'on peut aller chercher comme main-d'oeuvre.

Et là ce que les gens sont en train de faire... Moi, je l'ai vécu pendant la campagne électorale à l'Hôtel-Dieu de Lévis, je l'ai rencontré, le personnel infirmier, j'ai rencontré le personnel. Qu'est-ce qu'ils m'ont dit? Ils m'ont dit: Nous, bon, bien, c'est bien le fun, tant mieux si on a des bonus, on va les prendre, mais ce qu'on voudrait, y a-tu moyen que vous organisiez les systèmes de gestion de façon à ce que, nous, notre travail soit facilité? Et c'est ça que le ministre nous explique depuis le début.

Et l'objectif... Il y en a deux, au fond: faire en sorte... Et ça, avec les groupes de médecine familiale, moi, je trouve ça extraordinaire, et c'est pour ça qu'il y avait 17 organisations qui étaient réunies à Lévis. C'est quoi, l'objectif? Tout le monde ensemble se dit: On est mobilisés pour une chose: dans quatre ans d'ici, tous les Québécois vont avoir accès à un médecin de famille. C'est ça, l'objectif fondamental. Alors, moi, au lieu de proposer des scénarios fatalistes qui font en sorte qu'on va avoir besoin de 200, 300 millions de plus, je pense que ce n'est pas ça qu'il faut faire. Il faut regarder comment on peut donner un environnement de travail intéressant. Ça, ça passe par la technologie, ça passe par l'amélioration des méthodes de gestion. Alors, moi, M. le ministre, je vous dis, je suis emballé par ce que j'entends ici sur la modernisation qui est en train de s'enclencher.

Puis justement, parlant de modernisation, alors, M. le ministre, je voudrais que vous me parliez rapidement des unités de médecine familiale. Donc, on touche, là, évidemment, un noyau important qui est la formation de médecins, qui est encore une fois une autre méthode de gestion qui va nous permettre d'améliorer la performance et de faire en sorte qu'on ait des gains en bout de piste et d'appuyer les travailleurs dans le milieu hospitalier.

Le Président (M. Kelley): Une courte réponse, s'il vous plaît, M. le ministre, une couple de minutes.

M. Bolduc: Bon, il me reste une couple de minutes. M. le Président, je pourrais parler une heure sur les unités de médecine de famille, là, j'étais un des professeurs à celle d'Alma. Les unités...

Une voix: ...

M. Bolduc: Hein? Le député de Marie-Victorin est impatient. Parce que j'aime ça quand même faire un peu de pédagogie puis bien expliquer...

Le Président (M. Kelley): ...terminer dans les prochaines secondes, alors...

M. Bolduc: C'est intéressant de bien expliquer notre système de santé. Rapidement, les UMF, là, c'est une autre composante du réseau de la santé. Si on veut des médecins, il faut en former, et ce qu'on fait, c'est qu'on les forme à différents endroits au Québec. Et ce qui est intéressant — on en a ouverts dans toutes les régions — c'est d'abord un élément important: le meilleur outil de recrutement d'une population, c'est une unité de médecine de famille. Ce sont des étudiants qui s'en vont faire des résidences pendant deux ans dans des endroits, et souvent ils s'implantent.

Nous autres, pour donner un exemple personnel, à Alma, on garde à peu près 50 % de nos résidents qui sont formés localement. Et, quand vous faites le tour de toutes les UMF dans la province, la majorité vont rester dans la région où ils ont été formés. Donc, c'est un des meilleurs outils pour avoir une meilleure répartition des médecins sur le territoire.

Et, deuxièmement, notre gouvernement, au cours des dernières années, en a formé plusieurs. C'est ce qui va nous permettre d'avoir un meilleur bassin au niveau des médecins dans les prochaines années. Parce que la problématique... C'est beau de dire qu'on en veut, des médecins, mais il faut être capable de les former. Et, juste pour vous dire, au cours de 2005-2007, on a eu neuf nouvelles UMF au Québec: Baie-Comeau, Amos-La Sarre, Trois-Rivières, Alma-Roberval, Maria, Les Basques, Shawinigan, Joliette, Richelieu-Yamaska. Puis on peut déjà dire qu'il y en a deux qui vont être très bientôt, dont, j'ai le plaisir de dire, une que je vais annoncer au cours des prochains jours à Val-d'Or, qui est une unité de médecine de famille qui est en préparation de longue date. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Sur ça, je vais suspendre nos travaux jusqu'après les affaires courantes, vers 15 heures, et, je pense, par consentement, le prochain bloc va être réservé au député de La Peltrie et le deuxième groupe de l'opposition. Sur ça, je vais suspendre, et bon appétit, tout le monde!

(Suspension de la séance à 12 h 39)

(Reprise à 15 h 26)

Le Président (M. Bouchard): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! La Commission des affaires sociales reprend ses travaux. Je vous rappelle que la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du portefeuille Santé et services sociaux pour l'année financière 2009-2010.

Je dois, avant toute chose, obtenir le consentement des membres de cette commission pour procéder à des remplacements. Est-ce que j'ai le consentement des membres? Qui ne dit mot consent, merci.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Donc, pour cette deuxième partie de séance, M. Gauthier (Verdun) remplace M. Kelley (Jacques-Cartier); M. Moreau (Châteauguay) remplace M. Matte (Portneuf); et M. Tremblay (Masson) remplace Mme Poirier (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Bouchard): Très bien. Merci. Alors, d'abord, je comprends qu'il y a une entente à l'effet d'accorder un temps de parole supplémentaire de 10 minutes au député de Mercier. Et ce temps supplémentaire au député de Mercier serait imputé à même le temps de l'opposition officielle. Est-ce que c'est bien le cas? Est-ce que c'est bien le cas? Oui. Très bien. Merci.

Alors, je comprends aussi qu'il y a un consentement pour que le 18 minutes de retard soit imputé sur le temps de parole du groupe parlementaire formant le gouvernement. Est-ce exact?

M. Moreau: C'est exact.

Le Président (M. Bouchard): Merci de votre générosité. Alors, nous avons, pour cet après-midi, un ensemble de blocs, là, de prévus avec, pour commencer, un bloc qui serait dédié, pour 20 minutes, à l'ADQ, au député de La Peltrie. M. le député, s'il vous plaît.

Évaluation des besoins de médecins en heures-soins

M. Caire: Merci, M. le Président. Pour ce bloc-ci, M. le Président, j'aimerais aborder avec le ministre, au sens assez large, toute la question de ressources humaines dans le domaine de la santé et le personnel, à commencer, à tout seigneur tout honneur, M. le Président, tout ce qui touche aux médecins.

Dans le plan qui avait été proposé par le gouvernement libéral, il y avait la promesse d'augmenter d'au-dessus de 2 000 nouveaux médecins, doter le système de santé de 2 000 nouveaux médecins. L'année dernière, lorsqu'on a interrogé le prédécesseur de l'actuel ministre de la Santé, il semblait confiant d'arriver à cet objectif-là pour 2012. Par contre, là où il y avait des interrogations, c'était sur le fait que c'était suffisant, compte tenu de la diminution des heures de pratique par les médecins. Et la question que je voulais poser au ministre, c'est: Est-ce qu'on a fait une évaluation précise de ce qui serait les besoins du réseau de la santé en termes de médecins pour arriver à combler les heures-soins nécessaires pour l'ensemble du réseau?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Lors de la table de concertation de vendredi le 17 avril, nous avons réuni différents intervenants, et il y a eu une présentation qui démontrait les besoins pour les 20 prochaines années, toujours encore des besoins approximatifs, où on faisait plusieurs scénarios, dont, entre autres, la proportion médecins de famille versus les spécialistes, et on était capable de tracer dans le temps les besoins

par rapport aux médecins et de tracer des courbes par rapport au nombre qui devait sortir par rapport à ces médecins.

Donc, oui, il y a eu des estimés de faits. Les estimés se font sur 20 ans — mais je pense que c'est plus précis quand on parle des cinq à 10 prochaines années — et on peut voir, pour répondre à ces besoins, c'est quoi, les courbes également selon les entrées en médecine et selon la sortie à la médecine, selon si c'est un spécialiste ou un omnipraticien.

M. Caire: M. le Président, est-ce qu'il est possible, pour les membres de la commission, d'avoir accès aux estimés qui ont été faits?

M. Bolduc: Oui, oui.

● (15 h 30) ●

M. Caire: Merci. Est-ce que les estimés tiennent compte du fait que, bon, depuis quelques années, on constate une tendance chez les étudiants en médecine à ne pas faire leur résidence au Québec? Est-ce qu'on a tenu compte aussi du fait que certains médecins quittent pour aller pratiquer ailleurs, tenu compte aussi du fait que certains médecins reviennent? Ou est-ce qu'on a tout simplement évalué en fonction de la population le nombre d'heures-soins, un peu comme on fait pour le calcul des PREM, dans le fond, où on fait un calcul des besoins en heures-soins, puis on transfère ça en temps complet, dans le fond, pour un médecin? Ou si vraiment, là... Parce que c'est une situation qui est un peu préoccupante, là, les résidents qui... c'est-à-dire les étudiants qui ne font pas leur résidence ici, au Québec, là.

M. Bolduc: Dans un premier temps, ce qu'il faut estimer, c'est les besoins en médecins du Québec en proportion spécialistes-omnipraticiens. Par la suite, on fait des scénarios selon le nombre qu'on pense qui pourraient être disponibles, et, à partir de ces scénarios, que, moi, personnellement je n'ai pas vus mais que je sais que les gens travaillent, c'est qu'on dit, exemple ici, au Québec, il sort tant d'omnipraticiens, médecins... tant de médecins de famille au cours de telle... pendant les cinq prochaines années. Puis on a des croissances également. Parce qu'on est capables de prédire, pour les sept à huit prochaines années, le nombre de médecins qui va sortir, parce qu'il s'agit de calculer le nombre d'étudiants. À la sortie, il faut être capable de calculer combien il y en a qui vont aller en médecine de famille, combien qu'il y en a qui vont aller spécialistes. Là encore, on fait des scénarios.

Puis je vous donnais l'exemple tantôt, c'est que, si on estime qu'il y a 45 % d'omnipraticiens, 55 % spécialistes, ça donne des courbes, mais, si on met 50-50, ça donne une autre courbe qui... c'est pour ça qu'on en arrive à la conclusion que ça prend 50 % d'omnipraticiens à la graduation et 50 % de spécialistes, parce que, si vous avez 45 % d'omnipraticiens, la courbe est en déficience, et la courbe en spécialité est en surplus. Donc, on sait que le nombre d'étudiants est adéquat.

Le facteur qu'on ne connaît pas toujours, c'est de savoir... il y en a deux. Il y en a combien qui vont aller pratiquer à l'extérieur du Québec, puis il y en a combien de l'extérieur du Québec qui vont venir pratiquer au Québec, dont, entre autres, le facteur majeur, c'est au

niveau des étudiants du Québec qui peuvent aller pratiquer à l'extérieur, mais on a beaucoup également le facteur de l'entente avec la France où on sait qu'il y a plusieurs médecins qui sont intéressés à venir pratiquer au Québec. Ça fait que globalement il va falloir voir durant les deux, trois prochaines années, puis on suit ça de façon très minutieuse, c'est quoi, les grandes tendances.

Ce qu'on sait actuellement, c'est qu'on va sortir beaucoup plus de médecins que les années dernières, et je vous dirais même qu'au niveau des courbes c'est très encourageant, et on a une marge de manoeuvre.

M. Caire: Très brièvement pour conclure peut-être sur ce sujet-là. Ce que je comprends du ministre, M. le Président, c'est que, les estimés qui sont faits, les universités du Québec, à terme, sont capables de combler les besoins en termes d'heures-soins.

M. Bolduc: Si on sort 825 médecins par année, comme c'est prévu, puis qu'on a dans nos cohortes actuellement...

M. Caire: À 50-50, là.

M. Bolduc: À 50-50, on va être corrects pour répondre aux besoins. S'il y a un écart, à ce moment-là il faut regarder comment compenser différemment.

L'autre facteur que je n'ai pas parlé mais qui est intéressant également, c'est l'arrivée sur le marché du travail de la nouvelle classe de professionnels qui est les infirmières praticiennes spécialisées. Parce que les infirmières praticiennes spécialisées, juste pour conclure parce que ça a rapport avec la pénurie au niveau des médecins, une des façons de compenser la pénurie...

M. Caire: M. le ministre...

M. Bolduc: ...c'est les infirmières praticiennes spécialisées.

M. Caire: En fait...

Le Président (M. Bouchard): ...comprendre que le député de La Peltre voulait aborder ce sujet-là.

Stratégie d'intégration des médecins étrangers

M. Caire: Absolument, M. le Président. Je conclusais avec les médecins pour aborder la question des infirmières spécialisées avec le ministre.

Peut-être une dernière question, M. le Président, sur un sujet qui me tient à coeur, c'est sur l'intégration des médecins étrangers. Je comprends que l'entente avec la France va permettre une mobilité des médecins entre la France ou, voire même, l'Europe et le Québec. Je comprends que l'entente qu'on fait avec l'Ontario va permettre une meilleure fluidité des médecins entre les différentes provinces. Mais ça laisse quand même une catégorie de médecins formés... Bon. Il y a les diplômés hors Canada, États-Unis qui... et il y a un déficit au niveau de la province de Québec par rapport aux autres provinces sur le volume d'intégration des médecins étrangers. Le précédent ministre de la Santé nous disait: Oui,

effectivement, je reconnais qu'il y a un problème. Je reconnais qu'on doit faire plus, mais il y a aussi les facultés de médecine qui sont des joueurs importants à qui on ne peut rien imposer.

Ma question pour le ministre est très simple: Est-ce que lui a la même volonté que son prédécesseur d'intégrer plus de médecins étrangers? Et, dans la lignée des ententes qui ont été signées, est-ce qu'il y a un processus d'intégration qui peut et qui va être mis en place par son ministère?

M. Bolduc: Peut-être vous expliquer notre position par rapport aux médecins étrangers. C'est que, oui, chaque médecin étranger qui pourrait pratiquer au Québec, on devrait essayer de l'amener à avoir sa pratique ici.

Il y a trois types de cas. Le premier cas, c'est le médecin qui a les compétences pour le faire, qui est reconnu... qui a été formé dans un milieu reconnu, et, quand il arrive au Québec, il est pratiquement prêt à pratiquer. Vous avez le deuxième cas où le médecin, depuis un certain temps, n'a pas pratiqué, ou encore il a une déficience au niveau des connaissances ou de la façon de fonctionner, et puis ce médecin-là, avec un stage clinique, d'une durée qui est variable selon la correction à avoir, pourrait pratiquer au Québec. Et vous avez le troisième cas, les gens qui ont un diplôme de médecin, et, quand on fait l'évaluation... s'ils l'ont fait soit dans un pays où le cours est complètement différent, soit que c'est des gens qui n'ont pas pratiqué depuis 15 à 20 ans, et quand on fait l'évaluation, il faudrait pratiquement refaire le cours de médecine au complet, et ces gens-là ne pourront pas pratiquer au Québec.

La stratégie qu'on veut adopter, il va y avoir un rapport qui va être remis bientôt, et ce rapport-là va nous dire c'est quoi, les recommandations qui devraient être faites. Mais, grosso modo, on sait déjà vers quoi on pourrait s'en aller, c'est-à-dire que la problématique actuellement, c'est que les gens rentrent dans... font des demandes, ils sont une certaine période sans avoir de réponse, puis après ça on essaie de les intégrer dans nos cours habituels. Ce qu'il faudrait, c'est dès le départ avoir une évaluation de ces gens-là, une évaluation clinique beaucoup plus forte que ce qu'on fait actuellement, de façon à pouvoir les classer dans les trois catégories qu'on vient de dire.

En plus, dans la deuxième catégorie, il faudrait que cette évaluation-là nous dise: Cette personne-là aurait besoin d'un stage de six mois, d'un stage de deux ans, d'un stage de un an et demi, pour nous permettre par la suite de l'intégrer comme il faut au niveau des universités. Parce que la problématique que les universités nous disent: On a des cas, mais c'est variable, puis on ne sait pas avant qu'ils rentrent si ça va être un stage de deux mois ou ça va être un stage de un an, ou ils rentrent pour trois mois puis, en fin de compte, il va faire un an, ce qui fait que ça met de la pression au niveau des professeurs et sur les places en médecine.

Donc, on veut mettre en place un programme plus structuré nous permettant de faire une bonne évaluation de ces gens-là, leur donner une réponse rapide par rapport à leur situation, et par la suite travailler avec la première catégorie pour l'intégrer, la deuxième catégorie, le former et l'intégrer. La troisième catégorie, c'est des gens qui, s'ils ont déjà fait un cours de médecine, ont

probablement du potentiel, et, à ce moment-là, on pourrait regarder: Y a-tu un autre type de profession de la santé dans lequel on pourrait les intégrer suite à des formations? Et puis là tout est possible. C'est sûr qu'on ne leur fera pas refaire un cours de pharmacien pendant quatre ans s'ils ont 50 ans.

Parce que c'est des cas, hein? Les cas pratiques, la personne a 54 ans, ça fait 20 ans qu'elle n'a pas pratiqué, mais là elle dit: Moi, j'ai un diplôme de médecine de tel pays, le pays n'est pas vraiment plus reconnu que ça au niveau de sa médecine, là il veut s'en venir ici. On peut peut-être faire quelque chose pour lui offrir des formations différentes, qui pourraient aller d'infirmière, infirmier, mais il faut qu'il revoie la formation au complet. Mais au moins il a le potentiel de le faire.

M. Caire: Pour conclure sur ce sujet-là, M. le Président, il y a quand même un certain nombre de médecins étrangers qui reçoivent leur équivalence du Collège des médecins, et on voit encore actuellement, cette année, 70 postes de résidence qui sont laissés vacants. L'argument souvent évoqué par les facultés de médecine, c'est le fait que le médecin étranger nécessite un encadrement qui est un peu plus lourd financièrement que le diplômé québécois.

Des choses intéressantes qui se font, notamment en Ontario, c'est justement de développer, avec les facultés de médecine, des postes de résidence pour ces médecins-là, et on sait que l'Université McGill fait beaucoup dans ce domaine-là, la formation de médecins étrangers, mais qui ont comme objectif de retourner pratiquer dans leurs pays d'origine.

Est-ce que le ministre ne pense pas que ça pourrait être une solution intéressante que de développer des partenariats avec les facultés pour permettre d'avoir ces postes de résidence là qui sont développés spécifiquement pour l'intégration de médecins étrangers qui ont reçu leur équivalence du Collège des médecins?

M. Bolduc: J'ai rencontré les quatre facultés de médecine avec les quatre recteurs, les quatre doyens avec les quatre recteurs, et ils sont en train de nous faire un plan pour justement voir qu'est-ce qui pourrait être mieux fait pour pouvoir intégrer les médecins étrangers à l'intérieur de nos programmes. Et puis, comme vous le dites, suite au résultat des CARMS, on a des places de disponibles en médecine de famille. Par contre, en spécialité, ça a comblé 97 % des postes. Donc, encore là, il faut adapter notre stratégie avec la situation. En spécialité, on n'a pas de poste dans nos universités actuellement, mais, en pratique de médecine de famille, possiblement qu'on peut faire quelque chose. Mais ça, c'est toutes des discussions.

Notre intention, et elle est claire, c'est que, les médecins qui ont les habilités et les capacités pour pratiquer au Québec, on veut leur faciliter le travail pour qu'ils puissent venir nous aider parce qu'on est en pénurie de médecins. Les médecins que ça leur prend des stages, on va avoir une façon de faire que leurs stages puissent se faire de façon adéquate. Et il ne faut pas oublier aussi qu'il y a une question de protection du public. On ne peut pas non plus donner l'autorisation à quelqu'un de pratiquer si on pense qu'il est inapte. Et là troisième, des gens qui viennent et qui sont venus ici de

bonne foi, qui ont un diplôme de médecin mais qu'on constate rapidement qu'ils ne pourront pas devenir médecins au Québec, c'est au moins d'être honnêtes avec eux autres et de leur dire, et de leur offrir des alternatives dans d'autres professions de la santé. C'est vraiment l'objectif qu'on a, et il y a des discussions avec les facultés pour s'assurer qu'il y ait un plan qui se mette en place.

● (15 h 40) ●

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

M. Caire: Merci, M. le Président. Puisque le temps file, effectivement, on a abordé...

Le Président (M. Bouchard): Il vous reste 7 min 30 s dans le bloc.

M. Caire: En bonne compagnie, ça va toujours vite, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard): C'est un compliment pour le ministre, j'imagine.

M. Bolduc: J'ai refusé de danser avec le député de Marie-Victorin hier, je vais être obligé de faire la même chose avec le député de La Peltrie.

M. Caire: N'ayant pas l'intention de vous inviter à danser, je vais vous éviter d'avoir à me refuser ça.

Le Président (M. Bouchard): M. le ministre, il vaut mieux attendre les invitations.

Infirmières praticiennes spécialisées (suite)

Plan d'intégration dans le réseau

M. Caire: Oui, M. le Président. Sur la question des superinfirmières, j'ai eu l'occasion de rencontrer la présidente de l'Ordre des infirmières, infirmiers du Québec qui me disait que, dans tout ce dossier-là, les problèmes, parce qu'il y en a plusieurs, c'était que, d'une part, le réseau avait effectivement donné son aval à la formation de superinfirmières mais n'avait pas prévu de places pour elles dans l'organigramme de la santé et que, dans le cas où ça s'était fait, souvent les agences de santé ne souhaitaient pas engager ces superinfirmières-là parce qu'elles embarquaient directement sur leurs listes de paie, alors que, quand on reçoit un médecin, bien, évidemment, lui est payé par la RAMQ. Donc, les agences, non seulement l'organigramme du réseau de la santé n'avait pas nécessairement prévu une place pour les superinfirmières, mais en plus les agences avaient des réticences majeures, pour des considérations financières, à les intégrer, avec le résultat — et là j'ai la liste, là, des infirmières qui ont été formées et qui sont en formation — qu'on est loin des objectifs souhaitables, je pense, pour le Québec.

Puis je sais que c'est une préoccupation du ministre et je voulais savoir quel était son plan de match pour non seulement les intégrer mieux, les intégrer plus, mais bien définir leur situation au sein du réseau.

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

M. Bolduc: Pour débiter, il faut comprendre que les infirmières praticiennes spécialisées au Québec, c'est une nouvelle profession en pratique: c'est des infirmières qui en font plus que les infirmières habituelles. Premier élément. Deuxièmement, l'intégration de ce type de profession avec les nouvelles tâches, c'est certain que c'est un réseau qu'il faut qui s'habitue à ce qu'ils peuvent faire. Ça, c'est le deuxième élément. Troisième élément, c'est qu'il a fallu faire... avoir un programme de formation, et puis le programme de formation a dû se mettre en place, et, comme tout nouveau programme de formation, il y a eu du rodage à faire. Donc, il faut comprendre qu'on a commencé mais qu'on est en train de s'en aller vers une vitesse de croisière.

L'autre élément qui est important, c'est qu'on croit qu'il doit s'en installer au Québec. Ça, au moins, il y a un consensus là-dessus, l'infirmière praticienne spécialisée va s'installer au Québec, ça va faire partie de l'ensemble de la gamme de professionnels qu'on a, et puis on s'attend également qu'il y ait un partage des tâches avec ces gens-là.

Au début, quand une nouvelle profession comme ça se met en place, souvent les gens ne savent pas trop comment les utiliser. En spécialité, en néphrologie, en cardiologie, en néonatalogie, ça a même été une demande de la part des spécialistes, et on en a intégré, il y en a déjà qui ont commencé à pratiquer. Mais ce sont des domaines spécialisés, ce n'est pas tous les établissements qui ont besoin d'infirmières praticiennes spécialisées dans ces domaines-là; c'est plus les endroits où est-ce qu'il y a de la troisième ligne.

Au niveau de l'infirmière praticienne de première ligne, c'est comme nouveau dans notre réseau, et actuellement on veut voir comment on va les intégrer à différents niveaux, au niveau des cliniques médicales, également au niveau des établissements. Une des réalités, c'est que les gens n'avaient pas prévu le type de travail qu'ils feraient, donc n'ont pas nécessairement développé la méthode de travail pour se l'incorporer dans l'équipe de travail puis au niveau des différents professionnels. C'est là qu'on est rendus. L'infirmière praticienne spécialisée va pouvoir faire beaucoup de choses, et chacun des établissements doit s'organiser pour trouver une façon de bien les utiliser.

Lors du dernier congrès des directeurs généraux du Québec, je leur ai dit, lors de mon allocution, que les infirmières praticiennes spécialisées ont leur place dans le réseau de la santé. Il va y en avoir de plus en plus, on va en former de plus en plus et on va discuter avec l'agence et l'établissement un plan d'intégration pour voir au niveau budgétaire comment ça va s'organiser. Puis là je veux faire attention, quand il arrive quelque chose comme ça, ils disent: Bien, le ministère devrait mettre plus d'argent, tout simplement. Je pense qu'il faut bien utiliser nos ressources.

J'ai fait le discours, ce matin, là, sur la méthode «Jean», il y a un principe également: il faut utiliser nos ressources de façon optimale et, la façon de l'utiliser optimale, il faut voir que les infirmières vont faire une partie de tâches des infirmières déjà en place, les infirmières praticiennes spécialisées, une partie des tâches des infirmières déjà en place, et elles vont faire également des tâches que des médecins auraient faites. Ça fait que, quand il les incorpore dans l'équipe, ça, ça veut dire qu'en

termes de charge de travail il y a moyen de s'organiser pour qu'il y ait une partie qui pourrait être payée par l'établissement, une partie qui pourrait être payée par l'agence, via le ministère. Je pense que c'est important de comprendre. Et chaque établissement a à avoir son plan. Mais ce que j'ai dit aux D.G., puis je pense les avoir convaincus: C'est une profession qui va se mettre en place, et chacun doit penser maintenant comment faire pour les intégrer, et on en veut de plus en plus.

Le Président (M. Bouchard): Très bien, merci. M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Mais ce qui me surprend, M. le Président... puis la réponse du ministre est à demi satisfaisante, au sens où je comprends qu'il y a maintenant une volonté de bien les intégrer et de s'assurer qu'à tous les niveaux du réseau de la santé on leur fasse une place, mais ce n'est pas un dossier qui vient d'arriver dans le réseau de la santé.

Alors, la question, c'est: Comment se fait-il qu'il n'y avait pas de plan d'intégration au moment où on a développé les plans de formation?

On a formé des infirmières qui sont, de l'aveu même du ministre, d'une grande importance pour l'avenir du réseau de la santé, opinion que je partage pleinement, mais sans concevoir que ces infirmières-là allaient être diplômées, allaient être formées, arriveraient disponibles pour le réseau de la santé et qu'au moment où ça, ça se produirait, il n'y avait pas vraiment de place, il n'y avait pas vraiment de directive et il n'y avait pas... cette pédagogie-là n'était pas faite.

Alors, est-ce que le ministre ne pense pas que maintenant on est dans une situation de rattrapage et qu'il y aurait lieu de forcer la note un peu au réseau? Parce qu'on a un potentiel avec ces infirmières-là d'une part, mais le danger qui nous guette, M. le Président, c'est que, n'étant pas intégrés, il y a une espèce de désintérêt, pour les infirmières, à aller se spécialiser.

Le Président (M. Bouchard): Si vous voulez avoir une réponse, il faudrait arrêter la question là, s'il vous plaît. Une minute.

M. Bolduc: L'infirmière praticienne spécialisée, dans les différentes spécialités, comme en néphrologie, cardiologie, néonatalogie, ils étaient déjà incorporés. C'était déjà prévu, les endroits qu'ils allaient aller, parce qu'il y a seulement que quelques centres qui peuvent en profiter.

Pour les infirmières praticiennes spécialisées, praticiennes de première ligne, c'est quelque chose de plus nouveau et puis c'est beaucoup plus large. Donc, il faut voir, compte tenu qu'ils font plusieurs types de tâches, chaque CSS, chaque établissement doit s'organiser pour les intégrer à différents niveaux. Donc, il n'y a pas vraiment eu de retard, sauf que, les gens, quand ils sont en formation, il y en a qui auraient aimé savoir tout le temps où ils iraient. Mais ça va être comme les autres professionnels de la santé, c'est-à-dire qu'il y a un marché qui s'ouvre dans tous les établissements, il va y avoir des ententes au niveau des établissements pour savoir c'est quoi, les types de services qu'ils vont faire, et ça va devenir à se mettre en place.

Pour ce qui s'agit de savoir si ça va bloquer, puis il y en a qui ne le diront pas, à ma connaissance, ça va devenir... c'est un programme qui est populaire, et ça va devenir de plus en plus populaire. Mais là, on est dans la mise en place du programme.

Le Président (M. Bouchard): Alors, merci beaucoup, M. le ministre. On doit passer à un autre bloc. La parole est maintenant au député du Parti québécois pour un bloc de 20 minutes. Le député de Marguerite-D'Youville, s'il vous plaît.

M. Drainville: Marie-Victorin.

Le Président (M. Bouchard): Marie-Victorin, excusez-moi.

Stratégie de réduction des délais d'attente en radiologie

M. Drainville: Merci, M. le Président. On va parler de radiologie un peu, M. le ministre. Dans un article de *La Presse*, 22 janvier 2009, on rapporte les propos du sous-ministre, Dr Michel Bureau — que je salue d'ailleurs, je crois qu'il est dans l'assistance, il était là en tout cas ce matin — Dr Bureau qui... alors je cite: «D'ici septembre, les cliniques de radiologie deviendront des CMS — bon. Même s'il est impossible de chiffrer l'attente en radiologie, [M. le sous-ministre] Bureau a reconnu qu'elle est actuellement bien trop longue. Plusieurs patients préfèrent payer pour obtenir des services au privé plutôt que d'attendre des mois au public.»

Il y a beaucoup d'inquiétudes, M. le Président, autour de l'attente en radiologie. Lors de la dernière campagne électorale, moi, j'ai rencontré une dame à Place Longueuil, dans mon comté, qui était attablée, qui avait l'air un peu découragée, et je lui ai demandé qu'est-ce qui n'allait pas. Et elle me répond: Mon médecin m'a trouvé des bosses au ventre, il dit que ce n'est probablement pas cancéreux, ça fait que j'attends, j'attends pour mon imagerie médicale, pour mon scan, je pense, qu'elle m'a dit, ou pour ma résonance; puis, il dit, comme il pense que ce n'est probablement pas cancéreux, bien il n'y a pas d'urgence, ça fait que j'attends.

Et, depuis ce temps-là, je vais vous dire franchement, M. le Président, je suis un peu... je me pose la question: Comment est-ce qu'on pourrait améliorer l'accès aux services de radiologie? Je me la posais avant, mais, quand on peut incarner ça dans un cas, là, ça rend ça pas mal plus urgent et pas mal plus... pas mal plus pressant. Alors là, je vois qu'au sein de votre ministère il y a des hauts fonctionnaires... Dr Bureau, ce n'est pas n'importe qui, là, qui dit que c'est une priorité. Il parle même de créer un guichet central, dans cet article-là.

● (15 h 50) ●

Je veux citer également une lettre que vous avez reçue de l'APTS, l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux, signée de la présidente, Dominique Verreault, datée du 2 mars 2009. Elle écrit: «Nous sommes inquiets de la situation des délais d'attente en imagerie médicale et de ses conséquences sur le réseau public.» Plus loin, elle dit: «Nous croyons fortement qu'il est possible de trouver des solutions publiques aux problèmes vécus par le

réseau de manière à préserver et à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé prodigués à la population québécoise. Pour ce faire, nous vous demandons à nouveau une rencontre afin de discuter de la mise sur pied d'un comité de travail conjoint dans le dossier des délais d'attente en imagerie médicale.»

En passant, à date, là, en date de lundi, ils avaient... en date... excusez-moi, vendredi dernier, ils n'avaient toujours pas reçu de réponse positive de la part du ministre, M. le Président. Alors, il aura l'occasion de nous dire s'il a l'intention de les rencontrer ou pas.

Mais allons-y sur le fond des choses, sur l'attente pour obtenir que ce soit un scan, une résonance, échographie: Qu'est-ce qui serait un délai acceptable aux yeux du ministre, en termes d'attente, pour avoir accès à un service de radiologie?

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

M. Bolduc: Oui. Puis je vais prendre le temps d'expliquer parce que j'ai vu que je n'expliquais pas encore assez, parce que j'ai vu que le député de Marie-Victorin avait de la misère à comprendre les explications suite à la période de questions, tantôt.

M. Drainville: M. le ministre... M. le député... M. le Président, juste un point d'information.

M. Moreau: Un rappel au règlement, M. le Président. Le ministre a la parole. L'article 36 prévoit qu'il ne peut interrompre le ministre que pour un rappel au règlement. Alors, ce n'était pas le cas. La parole est au ministre.

M. Drainville: M. le Président, on ne peut pas me prêter de motifs indignes, c'est dans le règlement, ça aussi. Est-ce que je peux intervenir, s'il vous plaît?

M. Bolduc: Ce n'est pas un motif indigne de ne pas comprendre.

Le Président (M. Bouchard): M. le ministre, s'il vous plaît. M. le ministre...

M. Drainville: M. le Président...

Le Président (M. Bouchard): Oui, vous aurez l'occasion de rétorquer tout à l'heure.

M. Drainville: Bien, c'est parce qu'on s'est entendu pour avoir des échanges civilisés et respectueux. Je demanderais au ministre de rester respectueux...

M. Moreau: Rappel au règlement, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard): Ça va. Alors, tout a...

M. Moreau: On n'est pas... Un rappel au règlement, M. le Président. Ça fait deux fois que le député de Marie-Victorin interrompt, contrairement à l'article 36.

Le Président (M. Bouchard): Très bien. Alors, tout a été entendu, le ministre a entendu aussi ce que le

député de Marie-Victorin a dit. Alors, la parole est au ministre.

M. Bolduc: La radiologie au Québec, c'est notre prochain grand dossier, puis il y a déjà du travail qui est fait. Ce qu'il est important de comprendre, c'est qu'en radiologie il y a... Auparavant, c'est qu'on n'avait pas une liste centralisée, et ce qu'on a fait en chirurgie... Ce qui était le cas voilà quelques années, en chirurgie c'était la même chose, c'est: chacun avait sa liste, puis on n'avait pas de liste centralisée, ça fait qu'on ne pouvait pas avoir une vision globale du système au Québec.

Une des problématiques qu'il y a, c'est qu'il y a plusieurs personnes qui donnent leurs noms et qui donnent leurs noms à plusieurs établissements. Donc, on n'est pas capables d'avoir l'heure juste par rapport au délai d'attente parce que la même personne peut attendre à cinq établissements différents, puis, quand son examen est passé, à ce moment-là, bien, ça devient caduc dans les quatre autres. Donc, la première stratégie à faire, c'est d'abord d'avoir une liste d'attente centralisée du style de SIMASS en chirurgie.

Le deuxième élément qu'on voit, c'est de savoir c'est quoi, les ressources de disponibles et de rendre ces ressources-là encore plus disponibles qu'auparavant. La bonne nouvelle, c'est qu'avec l'arrivée des PACS, qui est la radiologie numérique, on sait que les radiologistes peuvent lire environ 15 % à 20 % plus de films. Donc, on va avoir possiblement une augmentation de capacité au niveau du réseau, au niveau de la lecture des films.

Et ce que le Dr Bureau a mentionné, je trouve ça extrêmement bien parce qu'il faisait un état des situations réaliste... de la situation de la radiologie au Québec: il se fait énormément d'exams à l'intérieur des délais, mais il y a certains examens qui, à un endroit, vont avoir une attente de six à sept mois et il y a des endroits qui vont le passer à l'intérieur de trois semaines. Mais, vu qu'on n'a pas de coordination, on n'est pas capables d'orienter les examens vers le bon endroit — et, quand on parle de bon endroit, on parle souvent de la région de Montréal. Ce qu'on constate, c'est que, lorsque c'est en région, souvent l'accessibilité est supérieure, et l'accessibilité est supérieure tout simplement parce que les gens sont plus habitués de travailler avec le même bassin de population. Quand on arrive dans les régions comme Montréal, Québec ou les grands centres, la difficulté qu'on a, c'est que souvent il y a plusieurs places où ils peuvent donner leurs noms, ce qui ne donne pas nécessairement une aussi bonne accessibilité.

L'autre élément, quand on parle de c'est quoi, le délai requis, c'est variable. Si vous avez une fracture, bien on s'attend que votre rayon X va devoir être passé dans les heures qui suivent. Si vous avez seulement qu'un symptôme bénin, il y a des délais qui peuvent être raisonnables. Généralement, en radiologie, ce qui serait intéressant à un moment donné, c'est d'en arriver à ce que les examens puissent être faits à l'intérieur d'un délai de un à trois mois, selon l'urgence. Mais ce n'est pas tous des cas de cancer, mais je suis d'accord que, pour tout ce qui est suspicion de cancer, on devrait être capables d'avoir les examens plus rapidement.

La difficulté également qu'on a actuellement, c'est qu'il n'y a pas de priorité, sauf pour certains examens, entre autres la résonance magnétique et le CT scan, où

souvent le radiologiste va voir la requête et, selon les informations sur la requête, il va décider de l'urgence ou pas de faire le cas. Puis ça, c'est un petit peu asymétrique dans le réseau, puis c'est ça qu'on veut faire en mettant en place un système, liste d'attente centrale, contrôle au niveau de savoir c'est où, les ressources, puis après ça de faire une bonne distribution des examens selon l'organisation du réseau. Et c'est des choses sur lesquelles on travaille, puis, je pense, que le Dr Bureau a très bien dit, mais, une fois qu'on a fait ce constat-là, au ministère actuellement, on est en train de travailler pour mettre le plan en place.

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

M. Drainville: Alors, la liste centrale, M. le Président, on va la créer... on va la créer d'ici, quoi, quelques mois? Est-ce qu'on s'est donné un échéancier? Quand sera-t-elle opérationnelle? Et est-ce que ce sera une liste par région ou une liste nationale?

M. Bolduc: Bien, un, la cueillette des données devrait commencer vers la fin avril 2009, O.K.? Et puis l'organisation en radiologie est beaucoup régionale, mais il y a des interrelations entre les différentes régions, c'est-à-dire que, la région du Bas-Saint-Laurent, on va avoir la liste du Bas-Saint-Laurent, mais ça va être une liste qui va être compilée également centralement, et ça va devenir comme la liste que j'ai en chirurgie, c'est-à-dire qu'on a la liste... le nom de chacun des établissements avec les listes d'attente et puis on a une compilation qui est centrale. Puis c'est très simple, c'est des passerelles au niveau informatique.

M. Drainville: Tout à l'heure, vous disiez, dans votre réponse précédente, que l'attente pouvait aller jusqu'à six ou sept mois, là, dans les pires cas, c'est ce que j'ai cru comprendre.

M. Bolduc: C'est variable parce que vous avez des endroits pour des examens vraiment pas urgents. Il y a des endroits où ça peut aller jusqu'à un an, un an et demi.

M. Drainville: Bien, oui, c'est ça, là.

M. Bolduc: C'est pour ça... Mais l'autre chose qu'on se rend compte, c'est: quand on téléphone au patient parce que ça fait un an et demi qu'il attend, il a eu déjà son examen ailleurs. La problématique que nous avons puis que nous allons résoudre, c'est: si on donne une meilleure accessibilité au niveau du réseau public, c'est certain qu'il y a des gens qui vont éviter d'aller acheter des services dans le privé. Et c'est ça, l'objectif: c'est d'augmenter notre accessibilité au niveau du réseau public.

M. Drainville: Parce que, M. le Président, j'ai des chiffres ici, moi, là: échographie au CSSS Chicoutimi, 10 mois d'attente; Trois-Rivières, plus de un an d'attente; Université de Sherbrooke, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, de sept mois à deux ans; le CHUM, sept à 14 mois d'attente pour une échographie; mammographie, deux semaines à 18 mois d'attente, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; Centre

hospitalier universitaire de Montréal, jusqu'à 16 mois d'attente pour une mammographie; un scan, six mois à deux ans d'attente à Sherbrooke; résonance magnétique, six à 18 mois d'attente, toujours à Sherbrooke.

C'est quoi, l'attente indue pour vous? Qu'est-ce qui est une attente indue? Parce que vous voulez éliminer l'attente indue, alors c'est quoi, l'attente indue?

M. Bolduc: L'attente indue, ce serait, selon la priorité du cas, qu'on soit capables de faire les examens à l'intérieur d'une période de trois à six mois. Ça dépend de l'urgence.

M. Drainville: De trois à six mois, dites-vous?

M. Bolduc: C'est parce que... Encore là, tout dépendant des examens. Quand vous parlez d'échographie, ce n'est pas la même chose qu'une résonance magnétique, ce n'est pas la même chose qu'un CT scan. Avec la quantité d'examen... puis je vais vous donner un exemple.

Un ostéodensitomètre, hein, si quelqu'un attend huit mois pour un ostéodensitomètre, ça ne cause pas de préjudice à la santé parce que c'est juste pour voir il y a-tu de l'ostéoporose ou pas, puis ça va déterminer possiblement qu'est-ce qu'on va faire comme orientation par la suite, mais ce n'est pas une urgence.

Mais, si on vous suspecte d'un cancer... puis je vais vous donner un exemple. Si vous allez voir votre médecin, il palpe une masse au niveau du sein, bien, à ce moment-là, souvent vous allez l'avoir à l'intérieur de une à deux semaines, puis même plus rapidement que ça parce qu'on suspecte un cancer. Si c'est un examen de dépistage, un examen de dépistage a besoin d'être fait aux deux ans, ça fait qu'on peut vous dire que votre attente, elle peut être de huit à 12 mois.

Ça fait que c'est variable selon l'urgence. Et l'urgence est jugée par le clinicien, qui... lorsqu'il met ses informations sur la feuille, va être évaluée par la suite, pour certains cas, par le radiologiste. Il y a déjà un système qui est mis en place. Et, oui, je reconnais qu'il faut qu'on améliore les listes d'attente, il faut qu'on améliore les délais.

M. Drainville: ...le chiffre de trois à six mois, pour vous, ce serait... il faudrait, à tout le moins dans une première étape, que l'attente ne dépasse pas de trois à six mois dans les différentes catégories que je viens d'énoncer tout à l'heure?

M. Bolduc: Dans un monde idéal, idéal, tous les examens devraient être faits à l'intérieur de trois mois, même le cas le moins urgent, O.K.? L'idéal, ce serait ça. Par contre, on va vous donner un exemple encore, si vous allez au CSS de Chicoutimi, qui est au Saguenay—Lac-Saint-Jean, l'attente est de huit à 12 mois pour les examens, pour l'échographie. Vous allez à Roberval, vous allez à Alma, votre attente, elle va être d'à peu près six semaines. Donc, il y a une façon de travailler pour être sûr que les examens soient mieux répartis.

● (16 heures) ●

M. Drainville: M. le Président, est-ce qu'il est possible pour le ministre de se donner un objectif en ce qui a trait à l'attente pour un examen en radiologie? Pourquoi c'est si difficile pour le ministre, M. le Président, de se donner un objectif? Donnez-vous un objectif, dites...

pour envoyer au réseau une cible. Et, M. le Président, il peut se donner un peu de jeu, s'il veut. S'il n'est pas sûr de l'atteindre, qu'il se donne une couple de mois de plus, mais qu'il dise au réseau: Voici l'objectif, et qu'il dise aux Québécois: Pour ce qui est de la radiologie, d'ici un an ou deux, vous n'attendrez pas plus que six mois, disons, puis on se donne un horizon sur cinq ans de dire: On va viser trois mois. Pourquoi est-ce qu'il a peur des objectifs, M. le Président? Je ne comprends pas pourquoi il a peur de ça.

M. Bolduc: C'est parce que... Non. Un, je suis un gars... je suis quelqu'un qui est très, très, très ferme au niveau des objectifs. Ce qu'il faut faire attention, il faut connaître le système pour savoir qu'il faut avoir des objectifs réalistes. Et, quand le député de Marie-Victorin dit: On va faire ça comme ça, c'est comme s'il dirait: Demain matin, je voudrais un avion pour m'en aller en Europe, je voudrais que ça prenne 20 minutes. Il faut avoir des objectifs réalistes.

Le premier objectif qu'on a, il est assez clair: il faut d'abord mettre en place un système pour avoir l'heure juste par rapport à nos listes d'attente. On sait que nos listes d'attente ne sont pas fiables tout simplement parce qu'il y a plusieurs patients qui attendent à plusieurs endroits en même temps. Premier élément. Puis ça, en passant, c'est une méthode aussi. Quand on fait de l'évaluation, la première chose, c'est d'abord de mesurer la liste comme il faut.

Le deuxième élément, après ça, on va mesurer les ressources selon les secteurs pour réussir à combler la liste. Et c'est là que le député de Marie-Victorin a de la difficulté à comprendre. C'est: quand vous avez une longue liste d'attente, vous n'avez pas toujours toutes les ressources au niveau du CT scan, au niveau de la résonance magnétique, et il faut développer ces ressources-là. Et installer une résonance magnétique, il s'en installe beaucoup au Québec actuellement, ça prend un plan de déploiement. C'est pour ça qu'il faut avoir une logique en termes d'objectifs. Et le premier objectif, si on veut être réalistes puis ne pas avoir l'air de gens qui ne connaissent pas ça, O.K., c'est d'abord d'avoir l'heure juste par rapport à la liste d'attente, et c'est ce que nous sommes en train de faire.

Juste pour vous donner un exemple, en chirurgie on les a, les objectifs, parce qu'on a une liste d'attente qui est fiable. Ça, c'est clair. Quand on arrive dans la gestion des établissements, il faut qu'on se donne des données, et les gens qui ne connaissent pas ça, ils se donnent toujours des objectifs ou ils demandent aux autres de donner des objectifs qui n'ont pas de bon sens. Il faut d'abord connaître ça pour être capables de se donner des objectifs.

Le Président (M. Bouchard): M. le député de Marie-Victorin, il reste 6 min 30 s au bloc.

M. Drainville: Merci. Est-ce que le ministre peut nous dire s'il trouve ça normal que, dans certains hôpitaux, l'horaire de fonctionnement de l'imagerie médicale soit de 9 heures à 17 heures?

M. Bolduc: Ça dépend de l'établissement. Et puis ce qu'il faut comprendre, ça dépend aussi des ressources

disponibles dans l'établissement. Si vous êtes dans un établissement comme, dans Charlevoix, à l'Hôpital de La Malbaie, vous allez voir qu'à 15 heures l'après-midi l'ensemble des examens, c'est terminé. Si vous allez dans des établissements comme à Montréal, souvent il y a des examens qui fonctionnent le soir, dont des résonances magnétiques et des CT scans, et j'ai même vu faire des résonances magnétiques la fin de semaine. Encore là, ce n'est pas une question d'heures, c'est une question de répondre à des besoins de population. Il faut également que les gens aient les ressources au niveau des radiologistes puis au niveau des technologues; c'est deux éléments également qui sont importants.

Donc, c'est facile de dire: On devrait faire ça, mais il faut tenir compte du contexte, il faut tenir compte des besoins, et puis ce qu'on veut, c'est ajuster l'offre à la demande.

M. Drainville: Mais, M. le Président, les besoins, ils sont immenses, et l'attente est longue. Si l'argument, ça doit être l'attente et les besoins, je ne sais pas ce qu'il attend pour bouger, là. Si c'est ça, là, son critère de fonctionnement, son critère d'action, là, bien il a tout ce qu'il faut pour poser des gestes puis prendre des décisions. Laissez faire les députés de l'opposition. C'est lui, le ministre de la Santé, M. le Président.

M. Bolduc: Bien, M. le Président...

M. Drainville: Il n'y a pas personne qui l'a forcé à devenir ministre de la Santé. Je pense que... Maintenant, là, qu'il est bien installé dans son rôle, qu'il nous dise quelle est sa stratégie pour atteindre un certain nombre d'objectifs en matière de radiologie.

Par exemple, M. le Président, par exemple, on entend beaucoup parler du fait que, dans certains hôpitaux, les radiologistes passent plus de temps à leur clinique que dans l'hôpital. On entend ça. Je ne porte pas de jugement de valeur là-dessus parce que c'est effectivement très anecdotique, donc je ne sais même pas si le ministre a déjà mesuré ce phénomène-là. D'ailleurs, lui qui est un ancien médecin pratiquant, peut-être qu'il sait beaucoup de choses, probablement qu'il est capable de nous éclairer sur ce phénomène-là. Est-ce qu'effectivement ce phénomène existe où des radiologistes passent moins de temps en établissement qu'ils n'en passent dans leurs cliniques de radiologie? Et évidemment on entend dire également que la liste d'attente à l'hôpital, elle, augmente, et dans une situation comme celle-là l'hôpital n'a plus le choix d'envoyer ses patients dans la clinique qui appartient au radiologiste. Est-ce que ça existe, ça, oui ou non?

M. Bolduc: Il existe des cliniques de radiologie privées au Québec, et, dans la clinique de radiologie privée, il y a des examens qui appartiennent au public. Exemple, si vous êtes associé avec une clinique, vous pouvez aller passer un rayon X des poumons dans une clinique privée, puis ça va être remboursé par le gouvernement. Il y a certains examens, comme l'échographie, qui ne sont pas remboursés en clinique privée, puis ça doit être fait à l'hôpital. Et actuellement c'est le choix du radiologiste de pouvoir s'installer dans une clinique privée au niveau du public, sauf que la majorité des radiologistes — puis il faudrait en parler avec la Fédération

des médecins spécialistes et avec le président de l'Association des radiologistes — la majorité des radiologistes offrent des services dans les établissements, où il y a encore... il y a du temps partagé, et souvent des radiologistes qui sont en bureau. Il y en a une partie aussi que c'est des gens qui sont des retraités.

Donc, il existe au Québec un système mixte dans lequel on a du privé et du public, et c'est un système qui actuellement... on vit quand même assez bien avec ça parce que les cliniques privées font beaucoup d'exams du public et payés par le public.

Le Président (M. Bouchard): Il reste trois minutes.

M. Drainville: Ma question, M. le Président, c'est la suivante: Est-ce que le ministre est au courant qu'il y a effectivement, dans certains hôpitaux du Québec, des radiologues... des radiologistes qui transfèrent des patients de l'établissement à leur clinique de radiologie? Est-ce qu'il est au courant de ce phénomène-là?

M. Bolduc: Le phénomène qui existe, pour que le patient soit transféré de l'hôpital vers la clinique, deux façons. C'est: soit que la liste d'attente serait trop longue, à ce moment-là, c'est le patient qui choisit d'aller dans la clinique privée et ça se peut qu'il peut assumer les frais; ou encore il peut y avoir une entente entre les deux pour dire qu'il y a des examens qui vont être assumés par la clinique privée, mais ils peuvent être payés par le public. Je vous dirais que c'est ces modalités-là. Et ce qu'on cherche, et ce qu'on cherche...

Une voix: ...

M. Bolduc: Et ce qu'on cherche, c'est d'améliorer l'accessibilité.

M. Drainville: M. le Président, il me reste quoi?

Le Président (M. Bouchard): Deux petites minutes.

M. Drainville: Je vais les céder à mon collègue le député de Mercier.

Le Président (M. Bouchard): Très bien.

M. Khadir: M. le ministre, ce n'est...

Le Président (M. Bouchard): Mais, est-ce que...

M. Khadir: ...pour ne blâmer personne...

Le Président (M. Bouchard): Un instant, s'il vous plaît. Est-ce que vous consentez à cela?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Bouchard): Merci.

M. Khadir: Vous êtes bien aimable.

M. Moreau: C'est juste pour rappeler des fois que ça prend un consentement.

M. Khadir: Oui... non... d'accord. Ce n'est pour blâmer personne, c'est une question d'organisation des soins. Il faut cependant reconnaître que — le ministre Bolduc, qui m'invoque souvent pour appuyer ses arguments, là, je suis obligé de l'invoquer également — que quelques-uns des promoteurs les plus importants de la privatisation des soins de santé au Québec ont été des radiologistes, parfois à la tête même de l'Association médicale du Québec, etc., on les connaît.

Cependant, la réalité est qu'à cause du manque de ressources les responsabilités sont partagées ici. Depuis des années, plusieurs des hôpitaux ont vécu la situation qui est intervenue à mon hôpital, l'Hôpital Le Gardeur, vous êtes au courant. Je pense que même ça a été rendu public. Comme plusieurs examens prennent plus qu'une heure, si on arrive à 3 h 15 de l'après-midi, les radiologistes doivent annuler le dernier examen, qui prend une heure, situation qui a été rendue très critique en raison de l'absence des budgets d'opération. De sorte que les radiologistes de mon hôpital, souvent dans la meilleure intention du monde, ont ouvert une clinique de radiologie de l'autre côté, sur la montée des Pionniers, et une partie importante, au grand... je dirais, à la grande indignation de plusieurs des médecins qui oeuvrent à l'hôpital, sont obligés d'aller là-bas et payer. Ce n'est ni dû à l'un ou à l'autre, c'est dû à des conceptions des opérations de nos hôpitaux et des budgets qui y sont associés. Est-ce que c'est possible que ça change?

M. Bolduc: Un, il y a une orientation qui est faite par les radiologistes eux autres mêmes, c'est-à-dire qu'ils ont le loisir d'ouvrir des cliniques. Et c'est certain qu'en ouvrant une clinique, en s'en allant dans le privé, à ce moment-là, ça dégage des ressources du public. D'ailleurs, c'est ce qu'on fait beaucoup attention. Puis, quand on parle de mixité, le danger de la mixité, on le voit en radiologie, le danger de la mixité, c'est qu'à un moment donné les gens font plus dans le privé puis dégagent des ressources du public.

La façon de travailler ça — on ne peut pas les fermer demain matin, ces cliniques-là — c'est d'augmenter, c'est d'augmenter, c'est d'augmenter le service au niveau du public. Et pourquoi il y a cette difficulté-là puis, je vous dirais, ce vice de procédure là? C'est parce qu'on a un manque d'accessibilité dans le public.

Mais, pour développer l'accessibilité dans le public, il faut développer des ressources, il faut avoir des radiologistes. Et il y a de l'organisation du travail. Mais je ferai remarquer qu'il faut utiliser la même stratégie qu'on a faite avec la chirurgie, c'est-à-dire d'abord d'avoir une liste à jour des patients, et après ça on va être capables de mieux orienter nos patients vers les bonnes ressources. Mais l'objectif, c'est d'augmenter notre accessibilité au niveau du public.

Par contre, ça fait partie des grandes illusions que, demain matin, on va ouvrir de la radiologie le soir puis les fins de semaine. Ça prend des technologues pour ça et ça prend des radiologistes pour les lire. Donc, il y a des conditions qu'il faut qu'on mette en place, qui vont se faire au cours des prochains mois. Mais ça, on va le réussir si on augmente notre accessibilité dans le réseau public avec une meilleure gestion.

Le Président (M. Bouchard): Merci, M. le ministre. À ce point-ci, je vais arrêter un tout petit peu

les séquences de parole tout simplement pour vous indiquer que nous avons le choix: ou bien le député de Mercier, qui vient d'entamer de fait son bloc de 10 minutes après sa question de deux minutes, pourrait continuer tout de go, ou alors on passerait au parti gouvernemental. Mais j'ai le consentement du parti gouvernemental si le député de Mercier préfère continuer tout de suite.

M. Khadir: Je suis disposé à le faire comme vous voulez.

Le Président (M. Bouchard): O.K. Alors, allez-y, M. le député de Mercier. Il vous reste sept minutes et quelques secondes.

M. Khadir: Ah! je pensais que le deux minutes, c'était sur le bloc de mon collègue. C'est ce que j'ai compris.

Le Président (M. Bouchard): O.K. Donc, vous avez raison.

M. Khadir: Donc, il me reste 10 minutes.

● (16 h 10) ●

Le Président (M. Bouchard): Vous avez raison.

Coût des médicaments (suite)

Modèle de gestion néo-zélandais

M. Khadir: Il n'y a pas de... En fait, donc, vous êtes d'accord, donc c'est un problème d'accessibilité, on s'entend très bien là-dessus. Je pense que c'est le noeud du problème. C'est ce que les gens sur le terrain nous confirment. S'il y avait les budgets d'opération...

Une voix: ...

M. Khadir: ...et s'il y avait l'organisation, exact, et éventuellement aussi avec le personnel, donc ça implique les syndicats, ça pourrait marcher. Je puis vous confirmer, pour avoir oeuvré en ce sens auprès du syndicat de mon hôpital, où je vais parfois encore, les syndicats sont d'accord pour la réorganisation du travail, notamment l'Association des technologues, qui a envoyé la lettre que vous savez. Ils sont prêts à vous offrir leur collaboration pour que ça puisse se faire. Donc là, tout ce qu'il reste, c'est d'avoir les budgets d'opération qui doivent être accordés par le ministère.

Mais je sais que le problème, c'est que, dans les choix que vous devez faire comme ministre, ce que vous mettez quelque part, bien vous ne pouvez pas le mettre ailleurs, et vice versa.

C'est pourquoi je reviens sur la question du dossier des médicaments. Et j'aimerais attirer l'attention du ministre et de tous ses collaborateurs au ministère, ainsi que mes collègues, que la ville de Montréal... Pour contextualiser, actuellement le maire de Montréal a décidé de suspendre un contrat de 350 millions de dollars parce qu'un de ses administrateurs, son bras droit, qui était responsable du dossier d'attribution de ce contrat, a obtenu un poste dans une firme qui bénéficie de ce contrat, parce qu'il y a apparence de conflit d'intérêts. Il s'agit de 350 millions.

Le ministre Bolduc doit être au courant, le ministre de la Santé, que le titulaire dans le ministère, en 2006, responsable de terminer, d'achever, là, la structure du financement des médicaments au Québec, c'était l'ex-député de Nelligan. Russell Williams, quelques semaines, sinon juste quelques mois après sa démission à titre de membre de l'Assemblée nationale, après avoir bouclé ce dossier, a eu un poste à la tête de Rx & D, qui est le lobby des pharmaceutiques au Québec. Il s'agit, si je me fie aux documents qui touchent l'examen des crédits, il s'agit, pour la seule année 2008-2009, de 3,4 milliards de dollars au total, d'accord, 3,4 milliards, dont une partie est assumée, 2,7 milliards, par le gouvernement.

Si on vient maintenant à la page 102, j'attire votre attention sur la croissance en pourcentage des coûts de médicaments assurés. Pour ce qui est de 2008 à 2009, on parle de 5,3 %, mais, si on recule de 1998 à 2009, sur 11 ans, c'est 210 %. On est passés de 980 millions à 3,4 milliards. Tout le monde me suit? C'est 210 %. Donc, ça fait une moyenne de 20 % par année sur 10 ans, dont bénéficient en grande partie ceux qui font des affaires là-dedans, c'est-à-dire les vendeurs de pilules, d'accord, les grandes compagnies, pour une bonne part, presque la moitié, d'ailleurs des gens qui ne font aucune recherche, qui ne copient que des médicaments puis ils nous les vendent. Cinq d'entre eux, cinq des plus importants, à ma connaissance... J'ai demandé au directeur général de la régie de vérifier si ça a changé, mais, il y a quelques années, cinq des plus importants fournisseurs de génériques d'ailleurs venaient de l'Ontario. Ils ne font que copier des médicaments. Ça leur coûte 0,05 \$, et ils les vendent 25 fois plus cher, 1,20 \$ en moyenne, les chiffres de 2006-2007.

Est-ce que ce ne serait pas raisonnable, étant donné, là, qu'on sait ce qu'on a dit, étant donné l'apparence de conflit d'intérêts d'un sous-ministre qui a négocié la structure de financement de l'acquisition des médicaments au Québec, qui a déverrouillé les derniers freins qu'il y avait à l'accroissement des coûts, qui se retrouve à la tête du lobby des pharmaceutiques — c'est pour ça que j'ai attiré l'attention de vos collaborateurs sur le film *Un Québec sous ordonnance* — il ne serait pas à tout le moins... Je ne demande pas d'enquête, je demande simplement de ne pas repousser du revers de la main le modèle kiwi, nouveau zélandais — je termine là-dessus...

Le Président (M. Bouchard): Monsieur... Non, M. le député de Mercier, vous devez vous adresser à la présidence.

M. Khadir: Excusez-moi. M. le Président. Je demanderais à M. le ministre s'il peut au moins assurer la Commission des affaires sociales, étant donné cette apparence de conflit d'intérêts, qu'il ne serait pas à tout le moins raisonnable qu'il ne repousse pas l'examen du modèle kiwi. Je ne lui ai pas parlé de l'exemple du Brésil, je ne lui ai pas parlé de l'exemple de la Belgique. J'ai choisi à dessein l'exemple d'un pays qui a à peu près le même système de santé que nous, où c'est un gouvernement conservateur, dans un cadre de modèle de marché, qui a négocié une structure du prix qui fait qu'ils ont baissé leurs coûts de médicaments de 65 % sans problème d'accès aux médicaments, assurance médicaments universelle maintenant grâce à ça, grâce à des fonds... Ces fonds

dégagés pourraient aussi contribuer à faire fonctionner nos salles de radiologie, par ricochet. Alors, je demande si le ministre pourrait s'engager à au moins considérer la possibilité de voir le modèle néo-zélandais.

Le Président (M. Bouchard): M. le ministre, il reste trois minutes au bloc...

M. Bolduc: Oui, bien, au niveau des modèles...

Le Président (M. Bouchard): ...quatre minutes au bloc.

M. Bolduc: Au niveau des modèles de gestion dans le monde, les modèles européens, même le modèle américain, comme le Kaiser Permanente, le VHA, le modèle australien, le modèle néo-zélandais, c'est des modèles qu'on peut regarder. Est-ce qu'on peut l'appliquer ici au Québec? C'est une autre histoire. Mais c'est des choses que... Ici, au ministère, on a des gens qui surveillent qu'est-ce qu'il se fait comme modèles dans le monde. Au niveau du Conseil du médicament, je suis certain également qu'ils sont informés au niveau de ce modèle-là. Mais, il faut faire attention, ce qui se fait dans d'autres pays n'est pas toujours applicable ici. Sans compter que le député de Mercier, en même temps qu'il dit que les compagnies génériques vont nous permettre de baisser les prix, en autant ils n'ont pas l'air d'être... ils ne font pas d'innovation, ils ne font pas d'autres problèmes.

C'est juste qu'au Québec on s'est donné une structure pour le contrôle des médicaments, et cette structure-là passe par le Conseil du médicament. D'abord, il faut valider. Est-ce que c'est un médicament qui est efficace ou pas? Ne rentre pas n'importe quel médicament sur notre liste. Deuxièmement, pour qu'on paie le prix juste du médicament, il faut qu'il y ait un avantage thérapeutique. Et, la problématique, il y a plusieurs médicaments qui sont refusés, pas parce qu'ils ne sont pas efficaces, parce que, pour le montant qu'ils coûtent, on n'a pas avantage à les rentrer dans notre liste.

Par la suite, c'est faux de dire que la pilule, elle coûte 0,03 \$ puis on va la vendre 0,04 \$ parce que, dans la structure des industries pharmaceutiques, il y a une composante qui s'appelle la recherche, et, lorsque vous vendez le médicament, qui ne coûte pas cher nécessairement à faire, l'ingrédient... la recherche pour en arriver à ce médicament-là est très dispendieuse. Donc, il faut vraiment prendre en considération tous ces facteurs-là pour réussir à équilibrer la recherche avec une commercialisation puis un profit qui est raisonnable au niveau des compagnies pharmaceutiques.

Actuellement, les compagnies partout dans le monde ont beaucoup diminué leurs profits à cause de la crise mais également à cause du contexte économique dans lequel on est au niveau mondial. Donc, ces compagnies-là, il y a de la compétition. Comme vous pouvez voir, elles sont en difficulté dans certains secteurs, également. Nous autres, notre rôle comme gouvernement, c'est de s'assurer que nos citoyens prennent les bons produits au meilleur coût, et ça, on le fait via la structure du Conseil du médicament.

Pour ce qu'il s'agit de M. Russ Williams, qui travaille au Rx & D, il a été député, il n'a pas été sous-ministre. Ça a été un député ici. Une fois qu'il a quitté la

fonction de député, après un certain temps, il peut appliquer sur des emplois. Et puis-je vous dire qu'il n'y a eu aucun favoritisme par rapport à son travail? Nous autres, moi, personnellement, on ne s'est pas rencontrés.

M. Khadir: M. Zampino, c'est pareil.

M. Bolduc: Mais, M. Zampino, le contrat est différent. Le contrat est complètement différent parce qu'il y a des choses qui se sont négociées dans un autre contexte. Mais je ne suis pas au courant de ce dossier-là. Ça fait que, moi, je peux vous dire qu'actuellement ce qu'on fait comme travail, c'est qu'on s'organise pour que, Rx & D, il y a des gens qui travaillent différemment avec eux autres.

Le Président (M. Bouchard): Alors, merci, M. le ministre. Si vous permettez, maintenant on va passer au bloc du parti gouvernemental, et je reconnais le député de Châteauguay.

M. Moreau: Non, le député de Lévis.

Le Président (M. Bouchard): Vous avez changé d'idée?

M. Moreau: Je n'ai pas changé d'idée, c'est le député de Lévis.

● (16 h 20) ●

Le Président (M. Bouchard): Ah bon! Alors, le député de Lévis, s'il vous plaît, pour un premier bloc de 20 minutes. Je vous fais remarquer que le parti gouvernemental aura deux blocs de suite de 20 minutes.

Plan d'amélioration des blocs opératoires

M. Lehouillier: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, simplement, peut-être, d'entrée de jeu, M. le Président, je voudrais quand même signaler, au niveau des médicaments... Parce qu'on en a beaucoup discuté. Il en a même été question à la période des questions aujourd'hui à l'Assemblée nationale. Sauf qu'il y a une chose qui est sûre, M. le ministre, c'est que je trouve exceptionnel le modèle unique qui a été développé au Québec en donnant accès aux médicaments, comme on le fait actuellement, à l'ensemble de la population. Et je pense que ce matin, cet avant-midi, on a très bien expliqué ce qui se passait par rapport au coût des médicaments, ce qui se passait également par rapport... en rapport aux autres provinces.

Alors, on s'aperçoit d'une chose à un moment donné, et ça, je pense que ce régime-là, O.K... C'est sûr qu'une personne comme moi qui ai une assurance-médicaments, je n'en ai pas besoin, mais c'est important que la population sache que le gouvernement a pris une orientation: c'est celle d'appuyer les gens les plus vulnérables qui ont besoin de médicaments. Alors, moi, si je prends des médicaments pour le cholestérol qui me coûtent 100 \$ par mois, j'ai des assurances médicaments collectives qui me permettent de me les payer. Mais, pour quelqu'un qui est à un très bas salaire, ça devient difficile, et on voit...

Vous avez très bien expliqué d'ailleurs en commission, ici même, les conséquences du fait que les gens ne prennent pas leurs médicaments et vous avez

même indiqué que les autres provinces envient notre modèle actuellement, qui est envié pour plusieurs raisons, notamment parce que, dans les autres provinces, il y a beaucoup de patients qui ne prennent pas leurs médicaments, avec toutes les conséquences qui s'ensuivent. Alors, moi, j'ai très bien saisi ça.

Par contre, c'est sûr que toute la dynamique pharmacoéconomique dont vous avez parlé, c'est sûr que ça, c'est une problématique qui restera toujours présente dans le décor. Mais, comme vous dites, M. le ministre, je pense que l'objectif, c'est d'aller chercher les bons produits aux meilleurs coûts. Vous venez de l'expliquer, d'ailleurs. Donc, de ce côté-là, la volonté, je pense, gouvernementale, elle est: Pas question de remettre en cause ce modèle unique qu'on a développé puis ce modèle-là qui permet l'accès à tous aux médicaments, finalement. Je pense que ça, c'est quand même une mise au point qu'il faut faire parce que c'est important de la faire, à ce moment-ci, pour ne pas laisser courir, pour ne pas laisser courir ou penser qu'à un moment donné c'est un régime qui finalement n'est pas bon et coûte une fortune. Alors, je pense, il faut faire bien attention là-dessus. Il y a divers facteurs qui expliquent ça.

Moi, M. le Président, si vous permettez, j'aurais quand même une question parce qu'on parle beaucoup des méthodes et du nouveau système de gestion qui est en train d'être implanté de plus en plus, donc des nouvelles méthodes de gestion qui vont nous permettre d'être efficaces de plus en plus dans le domaine de la santé. Et je sais, M. le ministre, qu'en février 2008 il y a eu quand même un début de visite de blocs opératoires pour les accès en chirurgie. J'aimerais vous entendre, M. le ministre, pour...

Le Président (M. Bouchard): Excusez-moi, mais vous m'appelez M. le ministre depuis tantôt.

M. Lehouillier: M. le Président. Je m'excuse, M. le Président. Vous avez tout à fait raison.

Le Président (M. Bouchard): ...

M. Lehouillier: Vous avez raison. C'est qu'on n'est pas habitués de passer... ça devient difficile. Vous devriez être du même bord, en passant, ce serait plus facile, on verrait le président. Bon, en tout cas...

Le Président (M. Bouchard): Si vous vous adressez au président, ce ne sera pas difficile.

M. Lehouillier: Oui, tout à fait. Alors, M. le Président, donc, ma question est la suivante: M. le Président, est-ce que je pourrais demander au ministre de bien vouloir... — est-ce que ça va bien? Oui?

Le Président (M. Bouchard): Jusque-là.

M. Lehouillier: ...de bien vouloir nous parler de ses expériences de visite en bloc opératoire et un petit peu qu'est-ce qui ressort au niveau des principaux problèmes observés puis des solutions envisagées et envisageables?

Le Président (M. Bouchard): M. le ministre, est-ce que je peux vous demander de répondre à la question du député de Lévis, s'il vous plaît?

M. Bolduc: Avec plaisir, M. le Président. M. le Président, en février 2008, il y a eu une entente entre le ministère et la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour aller constater sur le terrain s'il y avait des améliorations à faire au niveau des blocs opératoires parce que c'était reconnu qu'il y aurait probablement une augmentation de productivité possible. Ça a été fait en collaboration. C'étaient des équipes de gens qui étaient représentés au niveau des chirurgiens, des anesthésistes. Le Dr Bureau a participé à celle du ministère. Et il y avait le Dr Gaétan Barrette au niveau de la FMSQ également qui participait aux visites.

Et ils ont fait des constats extrêmement intéressants. C'est-à-dire qu'avec possiblement un ajout d'un peu de moyens on pouvait augmenter beaucoup la productivité du bloc opératoire. Un, la première chose qu'ils ont faite comme constat, c'est qu'il y a plusieurs blocs opératoires qui avaient, au niveau des processus, des choses à améliorer. Deuxièmement, il manquait certains... du matériel que, ce matériel-là, s'il était fourni, ça augmenterait la productivité. Et également ils se sont rendu compte qu'il y avait beaucoup de temps perdu et, par une réorganisation du travail pour sauver le temps...

Puis je vais vous donner un exemple. Dans une salle d'opération, ce qui est important, c'est le nombre de patients qu'on peut opérer à l'intérieur d'un certain délai. Ça fait que, si, pour faire le ménage, vous prenez 20 minutes, alors qu'on pourrait en prendre seulement que 5 à 10, bien le 10 minutes qu'on n'opère pas, c'est du temps perdu. Et, si vous faites ça six fois par jour, bien c'est une heure. Et, quand un bloc opératoire fonctionne de 7 h 30 le matin à 15 h 30 l'après-midi, bien vous comprenez que perdre une heure sur une période de sept heures, c'est une productivité d'à peu près 15 %.

Ça fait que, si vous appliquez ces principes-là... Et puis je peux vous dire qu'à l'époque ils faisaient la tournée, mais, même s'ils n'étaient pas formés à la méthode «lean» qu'on parlait, de Toyota, c'est les mêmes concepts. Ils veulent améliorer la productivité par une meilleure organisation du travail, impliquer les gens sur le terrain parce que, lorsqu'ils allaient visiter les blocs opératoires, ils demandaient aux gens c'est qu'est-ce qui ne va pas puis qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer.

Et en même temps on avait dégagé un budget pour améliorer le fonctionnement du bloc opératoire en fournissant certains équipements. Et parfois ça a pris certaines rénovations. Et puis ça, ça a donné des très bons résultats. Et c'est intéressant de noter que, dans le fond, juste avec quelques affaires, ils vont améliorer beaucoup. C'est le principe de la loi de Pareto, où est-ce que, si vous appliquez 20 % de l'action, vous allez avoir 80 % de l'effet.

Et ce qu'on fait actuellement... Puis Montréal a entrepris une démarche. Montréal également fait affaire avec une firme spécialisée pour améliorer le fonctionnement des blocs opératoires de tout Montréal mais de façon encore plus structurée. Parce que les visites de l'équipe ministérielle et de la FMSQ, ils faisaient une fois une visite, ils faisaient des recommandations, puis ils retournaient. Mais on va encore un petit peu plus loin, en ayant des gens qui travaillent de façon très proche avec l'établissement pour améliorer le bloc opératoire à tous les niveaux. Ça fait que, pour nous autres, ça, ça fait partie de toute la réorganisation qu'il faut faire dans le réseau, qui va nous permettre d'améliorer la productivité.

Le Président (M. Bouchard): M. le député de Lévis, est-ce que la réponse du ministre vous satisfait?

M. Lehouillier: Oui, M. le Président. Elle me satisfait d'autant plus que c'est conforme à l'orientation que le ministre s'est donnée, qui vise... que le ministre s'est... Oui, je suis correct jusque-là. Donc, c'est qu'il est possible... Donc, il est possible de travailler parce que le réseau de la santé, c'est d'abord un réseau de ressources humaines qui travaille pour essayer d'améliorer la qualité de vie de nos concitoyens et de nos concitoyennes. Donc, ce sont d'abord des ressources humaines, et je pense qu'on est en train, dans cette commission parlementaire, de faire la preuve qu'il s'agit aussi de modifier les attitudes et les comportements des gens.

Et on aurait pu parler aussi du volet Prévention, etc. Je vous donne un exemple qui est tout près de nous. Ici même, à l'Assemblée nationale, on a un petit centre de conditionnement physique, et je ne vois pas grand monde encore au petit centre de conditionnement physique. Moi, j'y vais de temps en temps...

M. Moreau: J'y vais trois fois par semaine.

Des voix: ...

M. Lehouillier: Bravo pour ceux qui y vont, mais ce que je veux dire, c'est qu'il reste...

Le Président (M. Bouchard): Mais il ne faut pas susciter des débats.

M. Lehouillier: Non, c'est ça, vous avez raison. Donc... Mais il reste beaucoup de chemin à faire dans la prévention. Entre-temps, bien, ceux qui à un moment donné sont plutôt inactifs, qui ont tendance à manger plus de matières grasses, bien c'est sûr qu'à un moment donné, en bout de piste, ils ont besoin de médicaments, puis ça, ça finit par coûter cher. Donc, il y a une série de mesures à mettre de l'avant. Mais il y a une chose qui est sûre, par exemple: pour les gens qui en ont besoin, je pense que la décision qui a été prise de dire: On va faire en sorte que ces gens-là puissent avoir les médicaments auxquels ils ont droit, je pense que c'est une décision qu'il faut applaudir, ça. Merci beaucoup.

Le Président (M. Bouchard): Vous n'avez pas de question, je comprends.

M. Lehouillier: Non, c'était pour compléter.

Le Président (M. Bouchard): Très bien. Alors, M. le député des Îles-de-la-Madeleine, s'il vous plaît.

Une voix: Ce serait...

Le Président (M. Bouchard): Ah bon! Bien, alors, ce n'est pas l'ordre qui m'a été donné. Donc, la députée de Jeanne-Mance—Viger, s'il vous plaît.

Mme Rotiroti: Merci...

Le Président (M. Bouchard): C'est une erreur du député de Châteauguay.

M. Moreau: Parce qu'il est bien connu que le Président ne commet jamais d'erreur.

Le Président (M. Bouchard): Jamais.

M. Moreau: Oui, c'est sûr, on le reconnaît, M. le Président.

Campagne de vaccination contre le papillomavirus humain

Mme Rotiroti: Oui, exact. C'est bien dit. Merci, M. le Président. Moi, ma question va porter sur des vaccins et la prévention. Je pense qu'on a déjà parlé, je pense, si ce n'est pas ce matin, hier, concernant la prévention. On a dit que faire la prévention, c'est quelque chose qu'on doit faire davantage et, en le faisant, ça peut diminuer le nombre de traitements et les coûts de notre système de santé. Ceci étant dit, l'année dernière, le gouvernement du Québec avait annoncé qu'il vaccinerait les filles du Québec pour le PVH. La mise en place de ce vaccin contre le PVH au Québec est une mesure préventive contre le cancer du col de l'utérin pour le bénéfice de tout le monde, là. Alors, je trouve qu'en tant que, moi-même, jeune fille, peut-être pas si jeune que ça mais quand même jeune fille, je trouve que c'est une très belle initiative du gouvernement et je voudrais prendre l'opportunité, M. le Président, de féliciter le ministre pour avoir mis ce vaccin accessible aux jeunes filles. Alors, merci.

Ma question, M. le Président, c'est... Alors, on a fait l'implantation de ce programme. Est-ce que le ministre pourrait nous dire quels sont les résultats pour la première année de ce vaccin contre le PVH au Québec?

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

M. Bolduc: Bien, je pense qu'il faut revenir sur le VPH, ça consiste en quoi, hein? C'est le papillomavirus puis c'est les virus qui sont en relation avec le cancer du col. Donc, on peut dire que c'est le premier vaccin qui empêche le cancer, bon, en assumant que le vaccin pour l'hépatite B... l'hépatite B...

Une voix: ...

● (16 h 30) ●

M. Bolduc: C'est ça. Ça fait qu'en assumant, là... Mais vraiment la relation directe... Et c'est intéressant parce que, si on vaccine toutes nos jeunes filles au Québec, on a des grandes chances de diminuer l'incidence du cancer. Et pas besoin de vous dire que, dans une mesure préventive, c'est beaucoup mieux de faire de la prévention que de faire du curatif. Et ça va quand même atteindre plusieurs, plusieurs personnes. Ce qu'on fait, c'est qu'actuellement on vaccine les jeunes filles en quatrième année et on a également un programme de récupération pour assurer que des gens avant 18 ans puissent avoir le vaccin. C'est intéressant parce que c'est un vaccin qui peut se donner jusqu'à l'âge de 26 ans mais que l'idéal, c'est de le donner avant que les gens aient des relations sexuelles, pour faire une prévention à long terme, et qu'ils n'aient pas été en contact avec le virus.

Donc, actuellement, c'est un programme qui est mis en place. On espère que la récupération va bien aller

parce qu'on voudrait que la plupart des gens le reçoivent. Mais présentement, c'est un vaccin qui est offert gratuitement aux étudiantes de quatrième année. Pour vous montrer, ça a également... ça fait la prévention d'un autre type de maladie chez l'homme, qui est le condylome acuminé, et puis même actuellement il y a des études qui sont en train de se... voir l'efficacité. Puis, moi, je suis un de ceux qui a... J'ai deux garçons, puis j'ai vacciné mes garçons pour ce type de virus là.

Le Président (M. Bouchard): Mme la députée de Jeanne-Mance.

Mme Rotiroti: Alors, si je comprends bien, est-ce que c'est... on se déplace, à ce moment-là, dans des institutions scolaires pour offrir ce vaccin-là?

M. Bolduc: Oui.

Mme Rotiroti: Et j'imagine que ça doit être disponible si on va à un hôpital, si...

M. Bolduc: Bien, c'est au niveau du CLSC, puis c'est dans le cadre d'un programme. Donc, la vaccination s'offre en milieu scolaire. Il n'y a pas de coût pour les personnes qui reçoivent le vaccin, sauf si vous avez plus de 18 ans, à ce moment-là vous devez assumer le coût du vaccin. Mais on va vous l'offrir gratuitement pour le donner.

Mme Rotiroti: Ah, merci beaucoup.

Le Président (M. Bouchard): Très bien. Alors, normalement, sur ma liste, cette liste qui m'a été soumise par le député de Châteauguay, ce serait désormais au député des Îles-de-la-Madeleine. Ouf! Alors, allez-y, M. le député.

Plans d'urgence en cas de pandémie

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Ma question va aborder le dossier de la pandémie de grippe aviaire.

On sait qu'il y a environ trois ans on a lancé, dans le réseau de la santé et des services sociaux, une commande assez importante sur l'élaboration des plans de travail en lien avec la lutte à une pandémie anticipée de grippe aviaire. Évidemment, les agences de santé, les directions de santé publique, les centres de services de santé... les CSSS furent interpellés et mis à contribution dans l'élaboration et la planification de ces plans-là. Ces plans de lutte, ça s'appelle de la préparation, ça s'appelle de la planification pour être capable de réagir à un phénomène comme celui-là, qui sera évidemment d'ampleur mondiale, et dans l'objectif évidemment de protéger nos populations, et particulièrement la population du Québec. Alors, c'est tout à l'honneur de vous, M. le ministre, et de votre ministère.

Et, M. le Président, j'aimerais que le ministre nous dise comment a évolué le dossier aujourd'hui. Et est-ce que nous avons effectivement des plans de lutte dans le cas d'une pandémie?

M. Bolduc: Oui, ça, c'est un dossier qui se prépare depuis plusieurs années. Suite au SRAS, les épisodes

qu'il y a eu à Toronto puis qu'on a eus dans le monde, on s'est rendu compte que le Québec n'était pas isolé des autres et qu'à tout moment on pouvait être frappés par une pandémie. Et puis, pour y faire face, il faut se préparer, et la préparation se fait à trois paliers: tu as le palier national, où on a un programme national en regard de la pandémie, on a également une planification régionale, et chaque territoire de CSS a une planification locale. Et puis également, là-dessus, le gouvernement a fourni quand même beaucoup d'énergie, il y a eu beaucoup d'argent de mis également à ce niveau. Et actuellement, sur le terrain, je vous dirais qu'on est prêts, que, si jamais il y avait une pandémie, on serait capables d'y répondre. On a également mis en place des mesures, exemple, dans tous les établissements de santé, le personnel a été informé, il y a eu de la formation également par rapport à la pandémie. Puis également on a préparé, entre autres, avec les masques, c'est-à-dire de rendre disponibles des masques pour éviter d'être contaminé.

Et puis ce qui est utile également, il faut comprendre, c'est que la préparation qu'on a faite pour la pandémie, c'est également une préparation qui est bonne pour d'autres types de catastrophes, dont, entre autres, les mesures d'urgences. Exemple, si un hôpital est obligé de fermer, qu'est-ce qui arrive avec les patients, où on les envoie? Advenant le cas qu'il y ait des complications dans un hôpital, qu'il y ait des unités qu'on n'est pas capables d'utiliser, c'est quoi, les alternatives au niveau local, après ça au niveau des autres établissements régionaux? Puis ça peut même aller au niveau national. Et puis également il y a un système de surveillance, au niveau de la santé publique, pour s'assurer qu'advenant le cas qu'il y aurait un nouveau microbe qui apparaîtrait il y ait des informations qui sont diffusées assez rapidement puis qu'on puisse mettre en place et déclencher le plan d'urgence pour la pandémie. Donc, je vous dirais qu'en date d'aujourd'hui le Québec est prêt en cas d'une catastrophe.

Le Président (M. Bouchard): Est-ce que le député des Îles-de-la-Madeleine est rassuré?

M. Chevarie: Oui. Merci.

Le Président (M. Bouchard): Très bien. Merci. Le député de Laurier-Dorion, s'il vous plaît.

Centre hospitalier universitaire de Montréal (suite)

Caractéristiques du Centre de recherche

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. J'aimerais poser quelques questions au ministre concernant le CHUM, peut-être des parties qui ont été moins discutées et moins soulevées par nos collègues de l'opposition, M. le Président.

On sait tous que l'enseignement, et la recherche, fait partie du milieu hospitalier aujourd'hui. On sait qu'il y a des éléments dans le projet du CHUM qui visent justement à combler ce besoin. On a déjà entendu le ministre faire une annonce à Montréal, une conférence de presse où il nous a parlé du Centre de recherche du CHUM, qu'il a qualifié et qu'il qualifie, à chaque occasion, d'un centre de recherche de calibre international, qui permettrait d'attirer des cerveaux et partager des connaissances et l'expertise que nous avons ici à une échelle nationale et internationale.

Je voudrais que le ministre nous entretienne un petit peu sur cette partie-là du projet dont on parle un petit peu moins, le Centre de recherche du CHUM, nous dire un petit peu qu'est-ce que ce projet-là va comporter, quand les travaux vont débuter, quand il prévoit la livraison de ce projet-là et en quoi ce projet, ce centre de recherche va être de calibre international.

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

M. Bolduc: M. le Président, actuellement, sur le site où va être construit le Centre de recherche du CHUM, on est en train de démolir les bâtisses, et le centre de recherche devrait commencer à être construit à l'automne 2009. Donc, on est vraiment dans les étapes, là, de préparation, avant le début de construction. Et il devrait être livré en 2012. Donc, c'est une construction qui va durer trois ans.

Le Centre de recherche du CHUM, ça va être un des 10 plus grands centres de recherche biomédicale au Canada. C'est 1 300 personnes, des chercheurs, des cliniciens, étudiants, du postdoctorant, des professionnels et personnel du soutien qui vont y oeuvrer. C'est 60 millions de dollars de recherche, annuel, qui est octroyé au Centre de recherche du CHUM puis c'est 40 % des fonds de recherche biomédicale du RUIS de l'Université de Montréal.

Il faut comprendre que le CHUM a trois grandes missions. La première mission, c'est la mission clinique, qui est de soigner des patients. La deuxième grande mission, c'est l'enseignement, c'est de former des étudiants dans le domaine de la santé, des médecins, des infirmières, les autres professionnels, inhalothérapeutes, nutritionnistes. Et la troisième grande mission, c'est la recherche. Ça fait que, si on veut que notre société ait des meilleurs produits plus tard, ait des meilleures façons de faire, ça nous prend de la recherche, et la recherche qui va se faire au CHUM, ça va être une recherche fondamentale et une recherche clinique.

Actuellement, il se fait beaucoup de recherche au niveau des trois établissements du CHUM que sont Saint-Luc, Notre-Dame et l'Hôtel-Dieu, et ça va nous permettre de les regrouper dans un seul édifice et de consolider la recherche en un seul endroit, qui va être accolé au CHUM mais qui va avoir des communications avec le CHUM, de façon à ce que les professionnels qui oeuvrent, qui sont les mêmes professionnels au niveau de l'enseignement, de la clinique et de la recherche qui... vont pouvoir être réunis ensemble et mieux travailler.

En termes de fonctionnement, je vous dirais que ça va être probablement optimal, et, en Amérique du Nord, il n'y aura pas beaucoup de complexes aussi beaux que le Centre de recherche du CHUM, accolé au nouveau CHUM, là, qui va être un établissement de classe mondiale.

M. Sklavounos: Une question complémentaire, M. le Président, avec votre permission. Vous mentionnez que ce serait un des 10 plus grands centres de recherche biomédicale au Canada. Qu'est-ce qu'il y a de comparable ailleurs? Ça se compare comment?

M. Bolduc: Je ne pourrais pas vous donner les noms, mais, à Toronto, à Vancouver, on a certains

comparatifs, mais ce n'est pas toujours aussi bien regroupé que ce qu'on va avoir puis ce n'est pas aussi des établissements aussi modernes que ce qu'on va avoir. Mais ça va être dans... au niveau de la recherche, là, ça va être vraiment un des plus grands centres.

M. Sklavounos: Mais, si vous me permettez, juste le regroupement de tout ça ensemble, est-ce que c'est... il n'y a pas des avantages juste au fait de regrouper de cette façon-là?

M. Bolduc: Bien, le gros avantage, c'est des avantages de convergence, c'est-à-dire que les mêmes personnes souvent font de la recherche, ils font de l'enseignement, ils font de la clinique, et, plutôt que d'avoir à se déplacer d'un endroit à l'autre, ça va tout être regroupé à l'intérieur du complexe physique, là, du CHUM et du Centre de recherche du CHUM. Et puis, à ce moment-là, entre autres quand ils font de la recherche, souvent c'est avec des patients, donc c'est des patients qui viennent à l'hôpital, donc ça va être plus facile également de recruter.

M. Sklavounos: Mais, lorsque vous parlez de rayonnement international, c'est dans les deux sens, j'imagine. Il y a des professionnels ou des chercheurs qui vont être attirés et il y a des connaissances et du travail qui vont être exportés en même temps. Est-ce qu'on parle dans les deux sens?

M. Bolduc: Oui. Bien, ça, en étant un centre de recherche international... D'ailleurs, actuellement, le CHUM participe à plusieurs études cliniques multicentriques, et puis ce qui arrive, c'est que, quand vous avez des infrastructures de haute qualité, on a des équipes professionnelles de haute qualité, ils sont capables d'aller chercher des subventions, à ce moment-là il y a des chercheurs de d'autres pays qui vont être intéressés à venir ici.

Et l'autre élément qui est important, c'est que la recherche qui va se faire ici va pouvoir être partagée avec d'autres endroits dans le monde. Parce que la médecine, c'est universel. C'est très intéressant parce que c'est une pratique, là, qui est universelle. Donc, ce qui se fait aux États-Unis, en Europe, en Asie, en Amérique du Nord, on peut partager les connaissances, et les centres de recherche partagent leurs connaissances entre eux autres. Donc, c'est vraiment de regrouper en un endroit les principaux centres de recherche de Montréal. Il va s'en faire également du côté du CUSM, il va s'en faire également du côté de Sainte-Justine, où est-ce qu'il va y avoir un centre de recherche, mais je vous dirais que celui du CHUM, là, va être le plus gros centre de recherche ici, au Québec.

● (16 h 40) ●

Le Président (M. Bouchard): M. le député de Laurier-Dorion.

Concept vert

M. Sklavounos: Oui. Si vous me permettez une autre question, M. le Président. Avant d'être l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé, j'ai été attiré à l'Environnement. Je vous avais comme... vous étiez mon vis-à-vis, à un moment donné, dans plusieurs commissions.

J'ai un intérêt particulier pour les technologies vertes dans la construction des bâtiments. Je pense qu'aujourd'hui il s'agit d'une considération majeure, surtout pour des nouveaux projets.

Je pense que le ministre a déjà aussi décrit le CHUM comme un hôpital vert. Est-ce que le ministre pourrait nous dire pourquoi cette qualification? Quelles seront les technologies qui seront incluses dans le projet pour assurer que ce projet-là sera vert et environnemental?

Le Président (M. Bouchard): M. le ministre, si vous permettez, on dit souvent «vert hôpital» pour décrire une certaine couleur, alors ce n'est peut-être pas ça que ça veut dire, hein?

M. Bolduc: Bon. Ça va être un hôpital qu'on appelle LEED. LEED, ça veut dire Leadership in Energy and Environmental Design. En anglais, c'est le concept du vert, c'est-à-dire que c'est un hôpital qui, au niveau énergie, va respecter l'environnement. Au niveau de l'organisation puis dans le design également, ça va respecter l'environnement. Je ne vous donnerai pas toutes les technicalités, mais c'est une norme internationale qui est maintenant éprouvée et c'est une norme internationale que nos édifices cherchent à avoir. Mais, ce que ça veut dire, ça va être un hôpital, là, qui va respecter tous les concepts environnementaux.

Retombées économiques

M. Sklavounos: Puis si vous me permettez une dernière question. Tous ces éléments, M. le Président, font en sorte qu'il semble clair que c'est probablement le plus grand projet d'infrastructures, surtout pour Montréal qui est, veux veux pas, le moteur de l'économie du Québec. Je crois que ce projet-là va susciter de l'attention, comme vous le dites, l'attraction de professionnels qui va permettre d'attirer de l'investissement, comme vous l'avez mentionné, M. le ministre.

J'aimerais par contre que vous expliquiez ici aux membres de la commission, M. le ministre, de quelle façon, comment vous voyez les retombées économiques particulières pour la métropole, et pour le reste du Québec évidemment. Parce que ce sont des retombées économiques qui vont déborder de la métropole, évidemment, c'est des services qui seront offerts un petit peu partout. Nous parlons de technologies vertes, nous parlons de construction, nous parlons de l'équipement, nous parlons de professionnels: Comment voyez-vous, si vous pouvez... si le ministre pourrait nous faire un résumé un petit peu des retombées économiques de ce projet-là.

M. Bolduc: Bon. Le projet du CHUM, c'est d'abord un projet de construction de 2,5 milliards de dollars. Donc, au niveau économique, juste la question de la construction, ça va être un moteur extrêmement important qui va nous permettre, dans un cadre de ralentissement économique, de fournir de l'emploi à nos gens de la construction. Ça, n'oubliez pas, en économie, lorsqu'il y a un ralentissement, il faut avoir des projets d'infrastructures structurants, et quoi de plus structurant qu'un hôpital?

Le deuxième niveau économique que les gens voient moins, c'est qu'on crée un genre de grappe, sur le

concept de grappe industrielle, un genre de regroupement de la santé dans un secteur de Montréal. Et on voit déjà qu'autour de ce secteur vont se graver d'autres industries de la santé. On parle des industries de biotechnologie, on parle des industries d'appareils médicaux, on parle également d'industries de recherche. Donc, on voit qu'il y a le quartier de la santé qui est en train de se dessiner autour du CHUM, et la raison est très simple, c'est qu'il y a une concentration des compétences professionnelles au niveau de la santé dans un secteur.

Le troisième niveau, au niveau économique, bien c'est la création d'emplois. Le CHUM, c'est 7 000 emplois. Donc, ça nous permet de créer de l'emploi dans le coeur de la ville de Montréal, et, en plus, ce sont des emplois professionnels de haut niveau, avec des bons salaires, qui entraînent qu'il va y avoir des gens autour qui vont graviter justement pour pouvoir utiliser leurs compétences, et c'est tout le domaine de la recherche, tout le domaine des compétences au niveau de la santé.

Donc, si vous regardez au niveau économique, ça, c'est vrai pour le CHUM, mais c'est vrai pour tout établissement de santé, souvent le plus gros employeur d'une ville, c'est la santé, le domaine de la santé, c'est très, très structurant. Ce sont des emplois stables avec des bons revenus, qui permettent d'avoir un bon apport économique pour la ville de Montréal, et dans trois niveaux: au niveau de la recherche, puis ça, la recherche c'est beaucoup d'argent, qui ne vient pas juste du Québec ou du Canada mais de l'extérieur du pays; au niveau de l'enseignement, parce qu'il y a des gens qui viennent de d'autres pays pour pouvoir venir étudier chez nous, ce qui nous crée des emplois; puis au niveau de la clinique, où on sait qu'on est reconnu au niveau des soins.

Donc, la santé, dans le cas du CHUM, ça va être un projet qui va être très structurant au niveau économique pour Montréal, et pas juste au niveau de la santé.

Le Président (M. Bouchard): Alors, M. le député de Châteauguay, il vous reste à peine 14 minutes pour poser votre question.

Ententes sur la mobilité des médecins

M. Moreau: Merci, M. le Président. Je vais essayer de me conformer au temps que vous me donnez. D'abord, remercier les collègues de l'opposition, puisque je suis remplaçant sur cette commission, et je sais que vous avez entrepris les travaux, l'étude des crédits en matière de Santé et Services sociaux déjà lundi, sauf pour un bloc où votre collègue... la collègue du ministre de la Santé, la ministre déléguée aux Services sociaux, est venue défendre les crédits de cette importante partie du ministère ici, à l'Assemblée nationale.

Alors, je veux donc en profiter pour saluer d'abord le ministre, saluer les gens qui l'accompagnent, lesquels sont nombreux, les membres de son cabinet, et dire que, lorsqu'on a cet exercice important, les crédits, on est à même de constater, je dirais, l'importance et l'étendue du mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux. On voit les gens qui vous accompagnent et on comprend finalement la complexité aussi de toute cette structure de la santé et des services sociaux et les choix que nous avons faits au Québec de se donner un régime public, à l'intérieur duquel le privé peut jouer un

rôle, bien sûr, mais de maintenir d'abord la qualité des services et le caractère public de la santé au Québec.

Et, M. le ministre, je veux également, avec la permission du Président, bien sûr, vous féliciter pour le travail que vous faites depuis que vous êtes entré en fonction et que vous avez accepté cet important mandat, et vous dire à quel point, lorsqu'on voit simplement que l'exercice des crédits vous tient ici, en commission, depuis presque deux jours... de voir donc l'importance du travail qui doit être fait dans ce domaine-là, et je pense que vous devez en être félicité.

On a parlé, cet après-midi, de plusieurs dossiers importants. On a parlé du CHUM et, à travers le CHUM, donc du rayonnement international que nous donnerons à la santé et à la recherche dans le domaine médical ici, au Québec, et au coeur de sa métropole qui est Montréal. Mais il y a aussi un autre dossier qui est cher au premier ministre, vous le savez, qui est celui de l'ouverture d'un nouvel espace économique. Et, à travers le nouvel espace économique, le premier ministre vise deux grands chantiers, évidemment l'ouverture sur l'Europe, mais aussi l'ouverture et la libéralisation des échanges encore davantage avec nos collègues des autres provinces du Canada. Et, dans ce dossier fort important, la santé fait aussi partie de cet ambitieux chantier qui est de nous ouvrir non seulement sur le monde, mais de nous ouvrir aussi sur nos voisins.

Quiconque a suivi les débats récents à l'Assemblée nationale est à même de constater que l'opposition a adopté une attitude qui est, bien, curieuse pour quiconque a un esprit d'ouverture, mais conforme à l'attitude qu'ils ont développée dans ce domaine, d'avoir un réflexe de repli sur soi. Contrairement à cette idée, vous avez... ou on a signé un accord, au début du mois d'avril, en matière de santé, qui ouvre les frontières du Québec à l'Ontario, et l'inverse également. Et j'ai entendu, pour avoir un siège de première qualité, le porte-parole de l'opposition officielle décrier cet accord-là, et même faire des mises en garde importantes sur les conséquences possiblement ou potentiellement négatives de cet accord-là, qui consistaient en un exode des cerveaux. Évidemment, je ne le cite pas au texte, j'essaie de résumer sa pensée. Et il est revenu à plusieurs occasions sur cette notion-là.

Au contraire, je pense que, dans les réponses que vous avez fournies, vous avez pu décrire de façon très précise les avantages d'un tel accord pour le Québec, et j'aimerais que vous profitiez de l'exercice auquel nous convie l'étude des crédits pour nous dire précisément...

Le Président (M. Bouchard): Est-ce que vous pouvez vous adresser au président, s'il vous plaît?

M. Moreau: M. le Président. Que le ministre puisse profiter... Alors, je reprends ma question.

Le Président (M. Bouchard): Très bien.

M. Moreau: Pour que le ministre puisse profiter de l'exercice auquel nous sommes conviés, M. le Président, pour nous expliquer quels sont les avantages pour le Québec d'avoir signé cet important accord en matière de santé.

Le Président (M. Bouchard): Très bien.

M. Moreau: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard): Je vous remercie, M. le ministre.
● (16 h 50) ●

M. Bolduc: Le gros avantage, quand on a une ouverture sur les autres, c'est qu'on peut partager certaines connaissances. Il faut d'abord dire qu'au Québec, du côté médical, la plupart des médecins avaient déjà la possibilité d'aller pratiquer dans d'autres provinces, parce qu'on passe un examen canadien, qui est le LMCC, les spécialistes également passent des examens canadiens, puis ils sont avec le collège royal du Canada. Donc, on a déjà la possibilité d'aller ailleurs. Ce que l'entente rajoute, c'est des ententes formelles qui nous permettent d'avoir des meilleures communications. Ça va possiblement permettre à certains médecins d'aller pouvoir pratiquer dans d'autres provinces, mais ça permet aussi à des gens de d'autres provinces de pouvoir venir au niveau de... pratiquer ici. Mais c'est également vrai pour les autres professionnels de la santé. Donc, dans un marché de libre-échange, généralement avec des règles qui sont bien faites, comme on a actuellement dans l'entente, ça va être possible de pouvoir partager avec les autres provinces nos compétences et également d'avoir les autres provinces qui vont venir ici.

Je rajouterais là-dessus, en même temps pour démontrer notre grande ouverture sur le monde, l'entente avec la France, qui va être assez unique. Et là, de ce qu'on peut voir, c'est qu'il y a beaucoup plus de médecins français qui sont intéressés à venir pratiquer ici qu'il peut y avoir de médecins québécois qui vont vouloir pratiquer en France. Mais, quand on joue à ce jeu-là, il faut le jouer de façon transparente, et ce qui est important, c'est qu'on ait une ouverture, pour nos professionnels et pour nos patients, à être capables de travailler avec les autres autour de soi, en premier nos voisins, puis après ça nos voisins d'un peu plus loin, d'outre-mer.

Mais, en termes d'avantages, c'est beaucoup le partage des connaissances, le partage également qu'il y a des gens qui vont pouvoir aller travailler là-bas, là-bas, ils vont pouvoir venir travailler ici, et il n'y aura pas, je vous dirais, de blocage comme de repasser des examens. C'est surtout ça, le gros avantage. C'est qu'on n'a pas besoin de tout refaire la démarche au niveau des examens, et c'est vrai aussi au niveau des autres professionnels de la santé.

Solde migratoire chez les médecins

M. Moreau: En effet, au niveau des avantages, le fait de ne pas avoir à repasser tous les examens, si je comprends bien, il y a une question de célérité pour mettre à la disposition du public du personnel qualifié, des médecins qualifiés pour répondre aux besoins des soins de santé, M. le Président, et donc on y voit là un avantage.

Est-ce que vous êtes en mesure... M. le Président, j'aimerais savoir si le ministre est en mesure de nous donner... Parce qu'il a été question abondamment, à la période des questions, de l'exode des cerveaux, j'aimerais revenir sur cette notion-là. Je pense que le ministère doit détenir, M. le Président, des informations sur ce que l'on appelle le solde migratoire, c'est-à-dire est-ce qu'il y a plus de gens qui quittent le Québec que de gens qui viennent au Québec dans le domaine de la santé, et en

particulier chez les médecins. Est-ce que vous avez des données sur ça?

M. Bolduc: ... comme données se situe à deux niveaux. Je pense qu'il faut parler d'un solde migratoire général. Au niveau international, on est positifs, c'est-à-dire qu'il y a plus de gens qui s'en viennent ici qu'il y en a qui vont s'en aller au niveau international. Au niveau interprovincial, on a un solde qui est légèrement négatif, mais beaucoup moins marqué que dans les années quatre-vingt-dix, donc on a réussi à corriger la tendance. Et, nous autres, ce que nous aimerions avoir, c'est, au niveau national, un solde migrateur possiblement neutre, O.K., c'est-à-dire qu'il y en a qui partent, il y en a qui viennent, à plus ou moins quelques médecins. Et on voudrait avoir, par rapport à la France, un solde migratoire très positif. Parce qu'on sait que, là-bas, les conditions de travail sont moins bonnes qu'ici, donc on a des chances qu'il y ait plus de gens qui veulent s'en venir et moins qui veulent partir là-bas. Mais surtout, globalement, le solde migratoire devrait être positif.

M. Moreau: Merci, M. le Président, j'aimerais que le ministre maintenant nous indique... Alors, il y a une question d'intérêt à venir pratiquer qui peut être liée sur l'intérêt des cas, j'imagine, qui sont soumis à un médecin, mais il y a aussi une question monétaire. Mais il y a aussi des mesures d'attraction. Et je pense qu'à cet égard-là, M. le Président, le Québec peut présenter, pour les professionnels de la santé qui sont dans les autres provinces, et notamment en Ontario, certaines mesures d'attraction. Est-ce que, M. le ministre, vous pourriez nous en énumérer quelques-unes?

M. Bolduc: Je pense, dans les mesures d'attraction qu'on a ici, au Québec, c'est notre organisation du travail qu'on est en train de mettre en place, entre autres les groupes de médecine de famille. Alors, le Québec est également réputé pour avoir quand même, au niveau des infrastructures technologiques, une grande disponibilité. Au niveau technologique, on a remplacé plusieurs, plusieurs de nos appareils dont... entre autres — on parlait de la radiologie — au niveau des laboratoires, au niveau de l'organisation sur le terrain. Il y a quand même...

Le Québec est réputé comme étant un endroit avancé. Mais je vous dirais surtout que le Québec est une terre d'accueil. La preuve, les gens qui viennent de l'extérieur, on essaie de voir comment on peut les accueillir le plus facilement possible. C'est certain qu'il y a certaines restrictions, parce que ce n'est pas tout le monde qui a toujours toutes les compétences pour pouvoir pratiquer dans le contexte québécois, mais on veut faciliter que ces gens-là puissent venir travailler ici, on veut les accueillir, on veut surtout qu'ils s'intègrent comme il faut à la société québécoise. Donc, le Québec est une terre d'accueil très favorable.

Appréciation du personnel du réseau

M. Moreau: Merci, M. le Président, vous savez, le système parlementaire fait en sorte que l'opposition, particulièrement à la période des questions, qui est la période la plus connue de nos débats et la plus publicisée de nos débats... fait en sorte qu'on voit des critiques qui sont portées

à l'égard du réseau et du système de la santé. Mais on oublie souvent que, lorsqu'on sort de cette bulle qui est l'Assemblée nationale, il y a partout à travers le réseau des gens qui font un travail absolument remarquable. J'ai eu l'occasion, dans le comté de Châteauguay, M. le Président, de visiter le Centre hospitalier Anna-Laberge, qui est un centre hospitalier absolument extraordinaire, et j'y ai vu là des gens qui sont dévoués et qui, tous les jours, tant au niveau des soins infirmiers qu'au niveau des soins médicaux, se dépensent corps et âme.

Et, très sincèrement, lorsqu'on parle du réseau de la santé, on parle... on a tendance à résumer ça à des conditions de travail. Et, lorsqu'on visite un hôpital, on n'a pas l'impression que personne lit sa convention collective ou regarde quelles sont ses conditions de travail et qu'au contraire ces gens-là sont d'une grande dévotion à l'égard des patients, des gens qui, tous les jours, sont confrontés à des situations de santé qui sont difficiles.

Et je m'en voudrais, M. le Président, de ne pas permettre au ministre... et peut-être l'a-t-il fait déjà dans des séances antérieures depuis le début de l'étude des crédits, et à travers lui de remercier tout le personnel du réseau de la santé, qui, à chaque jour, nous permet de prodiguer des soins de haute qualité pour les Québécois et les Québécoises.

Et, M. le ministre, j'aimerais peut-être vous laisser les quelques minutes qui restent dans ce bloc-là pour nous permettre de connaître votre appréciation à l'égard de ce personnel.

M. Bolduc: Bien, écoutez, je l'ai dit je ne sais pas combien de fois, l'importance qu'on accorde au personnel dans le réseau. Vous savez que, si on peut offrir des soins, c'est parce qu'on a du personnel compétent. Mais ils sont plus que compétents, ils sont dévoués.

Et vous savez que les conditions de travail... Parce que la santé, c'est un domaine où est-ce qu'on travaille avec l'humain, on travaille avec les sentiments, et souvent nos patients sont dans des situations difficiles, donc ça prend des grandes habiletés de la part des gens qui travaillent dans notre réseau de la santé. On parle de tous les professionnels, les médecins, les infirmières, mais on oublie souvent, là, qu'il y en a d'autres, types de professionnels, il y a des préposés, il y a des secrétaires, il y a également du personnel administratif. À tous ces niveaux-là, moi, je peux vous dire, pour avoir côtoyé ces gens-là au cours des années, c'est des gens qui sont dévoués. Ce sont également des gens qui travaillent sur plusieurs quarts de travail, hein, c'est un travail de nuit, de soir, c'est un travail des fins de semaine. Ce qui fait que, ces gens-là, il faut vraiment qu'ils aient tout leur cœur à l'ouvrage.

Et puis, malgré le fait qu'on entend souvent dire des critiques, il faut dire qu'au Québec il se passe énormément d'activités dans la santé. C'est le principal moteur économique du Québec, les gens oublient ça: c'est 7 % de la population active qui travaille dans le domaine de la santé, et ils sont à tous les niveaux. Et puis, ça, je pense qu'il faut les féliciter, et puis il faut les remercier de l'énergie puis de tout le cœur qu'ils mettent au travail.

Notre rôle, je pense, c'est de se poser toujours la question: Qu'est-ce qui peut être fait pour améliorer leurs conditions de travail? Puis qu'est-ce qui peut être fait pour mettre en place un système qui va faire en sorte qu'on puisse encore donner des soins qui sont

améliorés, tout en préservant leurs capacités? Puis, si possible, et je tiens à le rappeler, c'est: Qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour éliminer la surcharge de travail? Merci beaucoup.

Le Président (M. Bouchard): Alors, merci, M. le ministre. Nous passons à un autre bloc...

Une voix: ...

Le Président (M. Bouchard): Non, il ne vous reste pas de temps, malheureusement. Alors, un bloc de 15 minutes du côté de l'opposition officielle. Le député de Marie-Victorin, s'il vous plaît.

Agence nationale de lutte contre le cancer

M. Drainville: M. le Président, je vais essayer d'aborder trois thèmes différents à raison de cinq minutes chacun. Trois thèmes différents, M. le Président, donc à raison de cinq minutes chacun, on va essayer de se discipliner. Comme on s'approche de la fin, on essaie de couvrir le maximum de terrain, n'est-ce pas, M. le ministre?

D'abord, sur l'agence nationale sur le cancer, M. le Président, vous n'êtes pas sans savoir que la Coalition Priorité Cancer propose que le Québec se dote d'une agence nationale de lutte au cancer, un peu comme on en retrouve une en France. Mon collègue de La Peltrie avait déposé un projet de loi à cette fin l'année dernière. Nous, nous avions... nous ne nous étions pas prononcés pour ou contre parce que nous nous interrogeons, et nous nous interrogeons toujours, sur la pertinence de créer une telle agence. Et j'avais proposé à votre prédécesseur de créer un forum de discussion pour qu'on évalue les pour et les contre, les avantages et les désavantages de créer une telle agence, et évidemment pour en venir à une décision quant à savoir si ce serait une bonne idée pour le patient, bien sûr, en bout de ligne, si on serait davantage capables de mieux lutter contre le cancer avec une telle agence au Québec.

● (17 heures) ●

Et vous avez fait référence, au début des crédits, à la statistique qui veut qu'on a une, quand une, quand même, des moins bonnes performances dans le dossier de la lutte au cancer, alors qu'en termes de lutte aux maladies cardiovasculaires on est parmi les premiers dans le palmarès qui a été publié en fin de semaine. En ce qui a trait à la lutte contre le cancer, on était un des derniers. Bien ça, c'est ce que *La Presse* a publié, là, alors... Mais je ne veux pas revenir sur le palmarès, là, je vous dis, j'ai cinq minutes pour parler de ça.

Est-ce que vous êtes favorable à l'idée d'étudier, de regarder l'idée de créer une agence et est-ce que vous seriez favorable, donc, à créer un forum? Ça pourrait être la commission parlementaire, ça pourrait être une initiative — comment on appelle ça? — un mandat d'initiative, mais l'idée, donc, de consulter, de demander aux experts, de demander aux gens qui sont dans le milieu, de demander aux patients également et voir est-ce que ce ne serait pas une bonne idée que le Québec se dote d'une telle agence. Peut-être qu'on va en venir à la conclusion que ce n'est pas le cas, mais je vous pose la question: Est-ce que vous seriez prêt à regarder l'idée pour voir si ce ne serait pas souhaitable?

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

M. Bolduc: Je veux juste corriger des choses que je n'ai pas dites, qui sont fausses, là. Je n'ai jamais dit qu'on n'était pas bons pour le traitement du cancer. J'ai dit le contraire. On a une grande accessibilité aux traitements sur le cancer, dont... Entre autres, en radiothérapie, les cancers sont pratiquement tous... 97 % sont traités à l'intérieur de quatre semaines. L'accessibilité à la chirurgie du cancer est très disponible. Puis il existe entre autres un programme de détection du cancer du sein, et on fait de la promotion par l'arrêt du tabagisme.

Je veux bien clarifier comme il faut, pour le traitement du cancer, on est très bons. On a plus de cas de cancer parce que les deux grandes causes de décès dans notre société, c'est les maladies du coeur et le cancer, puis, en traitant très, très bien le coeur, les gens vivent plus vieux puis, en vivant plus vieux, ils ont plus de chances d'attraper le cancer. Donc, notre incidence de cancer, elle apparaît plus tard. Donc, je veux bien clarifier comme il faut qu'on traite très bien le cancer au Québec.

D'ailleurs, on a un programme national qui a été mis en place. Chacune des agences, chacun des CSS, chacun des établissements a un programme de mis en place. Et la question qu'il faut se poser: Est-ce que le fait de rajouter une agence, qui, en passant, est une bureaucratie, hein, c'est qu'on rajoute une bureaucratie, parce qu'il y a déjà de la coordination au niveau du cancer, au niveau du Québec, est-ce qu'en rajoutant une agence, on rajoute un niveau qui va être plus productif pour traiter les patients à la base, sur le terrain? Ça, j'ai beaucoup de questionnements par rapport à ça, mais, avant de nous faire une idée, on va rencontrer les gens intéressés. Il y a déjà une rencontre de prévue avec le groupe qui défend ce point de vue là. Je vais les rencontrer. À ce moment-là, on va se faire une tête. Et je ne répondrai pas à la question si, oui ou non, on devrait faire un forum. On va commencer par rencontrer les gens qui le proposent et par la suite nous aurons l'occasion d'en discuter.

Mais je tiens à dire que, quand on veut augmenter la productivité, parfois il ne faut peut-être pas rajouter des structures comme d'avoir des bonnes structures qui fonctionnent sur le terrain et qui donnent des résultats. Et les traitements du cancer au Québec ont atteint un haut niveau de performance.

M. Drainville: Alors, la réponse, pour le moment, c'est non, mais vous ne fermez pas complètement la porte, vous allez rencontrer les gens de Priorité Cancer. Quand je faisais référence à vos propos, en passant, M. le ministre, je ne voulais pas mal vous citer. Je faisais référence au fait que vous aviez fait référence à l'article de *La Presse* et vous aviez fait référence au fait que, dans la lutte aux maladies cardiovasculaires, le Québec se tirait très bien d'affaire. Mais dans la deuxième partie de mon énoncé, effectivement, je corrige...

M. Bolduc: Oui. Merci d'accepter la correction.

Politique du médicament (suite)

Ententes de partage de risques financiers

M. Drainville: Vous avez bien fait de corriger mes propos. Il n'y a pas de problème.

Politique du médicament, M. le Président. Politique du médicament, bon, il y a trois ans, le gouvernement s'est donné une politique du médicament. Je veux parler des ententes de partage de risques. Encore une fois, j'essaie de cibler, là, pour arriver à passer le plus de sujets possible. Dans cette politique du médicament, on prévoit que le gouvernement peut signer des ententes de partenariat concernant notamment le partage du risque financier. Et, selon nos informations, puis je ne demande pas mieux, là, que le ministre me corrige là-dessus, mais, selon nos informations, qui proviennent de l'industrie, le gouvernement a refusé toutes les offres d'entente de partage de risques qui lui ont été faites.

Pour les gens qui nous écoutent, là, une entente de partage de risques, je résume, je vulgarise, là, ça prévoirait, par exemple, l'inscription d'un nouveau médicament sur la liste des médicaments qui sont remboursés par le régime public, jusqu'à hauteur d'une valeur de vente x. Et, au-delà d'une valeur de vente x, l'industrie, la compagnie, l'entreprise s'engage à rembourser le gouvernement pour une partie de ces ventes au-delà, donc, du plafond qui serait négocié, bien sûr, entre le gouvernement et l'entreprise.

Alors, les entreprises nous disent: Écoutez, il y a des médicaments qu'on pourrait inscrire, qu'on voudrait inscrire et on pourrait peut-être négocier une entente pour que ça ne coûte pas trop cher au gouvernement. Mais elles nous disent que jusqu'à maintenant il n'y a pas d'intérêt de la part du gouvernement de signer de telles ententes, qui existent par ailleurs dans d'autres provinces.

J'avais déjà posé la question au prédécesseur du ministre. Là, je vous repose la question: Est-ce que vous êtes ouvert à...

Le Président (M. Bouchard): Est-ce que le ministre est ouvert...

M. Drainville: Est-ce que le ministre, dis-je bien, oui, merci, est ouvert à la possibilité de conclure des ententes de partenariat concernant le partage du risque financier?

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

M. Bolduc: Un, il n'y a eu aucune entente de signée jusqu'à maintenant.

M. Drainville: Pardon?

M. Bolduc: Il n'y a eu aucune entente de signée jusqu'à maintenant. Ça fait que ce qu'on comprend, ce n'est pas tellement alléchant non plus pour les compagnies ni pour le gouvernement. Ça, il faut juger ça à du cas-par-cas. C'est-à-dire que c'est un véhicule qui est possible mais que, ce qu'on est en train de voir actuellement, ce n'est pas un véhicule qui va être utilisé. Mais gardons-le comme possibilité parce que le fait d'avoir un partage de risques, ça nous permet de rendre une molécule disponible puis de limiter le risque. Mais, M. le Président, je dois avouer au député de Marie-Victorin que je vois peu d'intérêt pour les compagnies et pour le gouvernement de faire des ententes à ce niveau-là actuellement. Mais, s'il y a des propositions venant de certaines compagnies, on va les regarder.

M. Drainville: O.K. Bien, M. le Président, on va laisser les entreprises parler pour elles-mêmes, puis elles sont bien outillées pour le faire, là. C'est la position du gouvernement que je veux entendre là-dessus. Est-ce qu'il serait intéressé, si c'est... Laissons les entreprises décider ce qui est bon pour elles et ce qui est dans leur intérêt. Si c'est dans l'intérêt du contribuable et du patient, et donc du gouvernement, si c'est dans l'intérêt public de négocier de telles ententes, est-ce que le ministre est ouvert à négocier de telles ententes?

M. Bolduc: Je suis ouvert à négocier de telles ententes si, comme vous le dites, en tant que représentant des citoyens, on y trouve un avantage et... Mais ça doit d'abord en profiter au niveau du citoyen, tant au niveau de l'accessibilité, la qualité puis également le coût. Donc, oui, on est ouvert à regarder les ententes, mais ce qu'on peut dire, c'est que jusqu'à maintenant il n'y en a eu aucune de signée.

M. Drainville: Mais c'est précisément ça, la difficulté, elles ont toutes été balayées du revers de la main, c'est un peu comme ça qu'on nous décrit ça. Est-ce qu'effectivement il y a une porte fermée, au-delà du discours politique, il y a une porte qui est plutôt fermée actuellement et, vous, vous êtes disposé à l'entrouvrir? Parce que ce qu'on entend, encore une fois, je soumetts ça, là, à votre attention... on me dit qu'il n'y a pas vraiment de volonté et d'ouverture.

M. Bolduc: Non, il y a une ouverture, mais il faut qu'on y trouve notre compte, nous autres également, puis on évalue ça à du cas-par-cas.

Augmentation des primes

M. Drainville: O.K. Sur les primes d'assurance médicaments, M. le ministre de la Santé, est-ce que les primes d'assurance médicaments seront augmentées encore une fois cette année? Et est-ce que le ministre peut nous dire combien, quelle sera l'augmentation s'il y en a une?

M. Bolduc: On va demander au président de la RAMQ de répondre parce que c'est eux autres qui sont responsables de gérer puis c'est quand même une question technique.

Rencontre avec l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux

M. Drainville: Alors, je vais le laisser s'approcher puis je vais retourner à juste une petite question pendant qu'il se prépare. Sur l'APTS, M. le ministre, je vous ai parlé tout à l'heure du fait qu'ils voulaient vous rencontrer pour diminuer les listes d'attente, en radiologie entre autres. Est-ce que vous pouvez vous engager à les rencontrer?

M. Bolduc: Ah oui, absolument, parce que tous les groupes qui veulent nous rencontrer, quand ça concerne le dossier de la santé, surtout des représentants de professionnels, on est toujours disposés à les rencontrer.

Le Président (M. Bouchard): Alors, si vous permettez, je dois obtenir le consentement des membres pour que le président de la RAMQ puisse s'exprimer.

M. Moreau: Le président de la... ah oui, ah oui, nous consentons.

Le Président (M. Bouchard): Très bien. Alors, veuillez vous identifier, M. le président, s'il vous plaît.

Politique du médicament

Augmentation des primes (suite)

M. Giroux (Marc): Marc Giroux, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

M. le Président, pour répondre à la question, je dois vous préciser que les travaux pour estimer l'opportunité de hausser les tarifs ne sont pas terminés. On est en train de revoir les derniers calculs à la fin du mois de mars et on est en train de se pencher, par exemple, sur un élément qui est difficile à trancher, c'est à savoir quelle sera la perspective économique l'an prochain et quel sera l'impact sur l'emploi. Parce que vous savez que toute la tarification est basée sur l'emploi, non-emploi et aussi le niveau de vos revenus parce que, votre prime, vous la payez à Revenu Québec. Donc, autrement dit, nos travaux ne sont pas terminés. On espère terminer ça d'ici deux à trois semaines. Par la suite, ça va être soumis au conseil d'administration de la régie pour être entériné. Donc, malheureusement, au moment où on se parle, je ne peux pas répondre de façon plus précise que je viens de le faire.

Le Président (M. Bouchard): M. le député.

● (17 h 10) ●

M. Drainville: Bon, bien, on va attendre. Merci pour la réponse, M. le président de la RAMQ.

Il me reste encore quelques minutes. On fait un peu de coq-à-l'âne, mais les gens qui nous écoutent, pour certains d'entre eux en tout cas, je pense, vont trouver quand même que les questions sont importantes, là.

Pénurie d'infirmières aux soins intensifs

On va parler un peu d'infirmières, M. le Président, les infirmières aux soins intensifs. Vous avez vu sans doute, M. le Président, le reportage d'*Enjeux*, qui parlait... d'*Enquête*, dis-je bien, qui s'appelait *Enjeux* dans le temps, l'équipe d'*Enquête*, donc, qui en venait à la conclusion, après avoir recueilli les témoignages de plusieurs chefs de département de la région de Montréal, qu'il y avait des patients qui mouraient aux soins intensifs faute d'un accès suffisant aux soins intensifs. C'était la conclusion du reportage, et il y avait des médecins qui témoignaient de ça dans le reportage.

Dans le fond, la question, elle est un peu prévisible, M. le Président: Qu'est-ce que le ministre peut faire pour encourager les infirmières à travailler aux soins intensifs pour qu'on ait le personnel dont nous avons besoin et qui nous manque cruellement? C'est ce dont ce reportage témoignait, c'est qu'il manquait notamment d'infirmières aux soins intensifs, et qu'à cause de ça il y avait des patients qui attendaient beaucoup trop longtemps avant de pouvoir être admis aux soins intensifs, et donc qu'il y avait des décès qui étaient causés par ça, là, ce qui est toujours assez dramatique.

Encore une fois, je n'assume pas les propos, je vous rapporte les propos, entre autres du Dr Tudor Costachescu,

qui est le chef du service des soins intensifs du CHUM, qui disait entre autres, je le cite: «Chez des patients qui ont une infection sévère qui est une menace à sa vie et qui se présente aux urgences au Québec, il y a une fenêtre d'opportunité de quatre à six heures pour instaurer certains traitements qui ne peuvent se donner qu'aux soins intensifs, et je sais que, pour sept patients qu'on n'a pas pu traiter dans les délais de quatre à six heures, il y en a un qui va perdre la vie.» Par exemple. Ça, c'est un témoignage qu'on entendait dans ce reportage.

Alors, quelles sont les mesures que le ministre serait prêt à mettre de l'avant pour soulager la situation dans les départements de soins intensifs qui sont en crise? Et quelles sont les solutions pour attirer les infirmières aux soins intensifs?

Le Président (M. Bouchard): Je vous signale qu'il reste moins de deux minutes.

M. Bolduc: Dans un premier temps, je serais prudent parce qu'ils sont allés voir quelques établissements qui étaient très en difficulté. Mais, la majorité des établissements au Québec, les soins intensifs sont bien couverts avec du personnel. Donc, il ne faut pas généraliser à tout le Québec une situation particulière de quelques établissements, que je reconnais, qui est réelle. Et, pour avoir moi-même visité les soins intensifs de l'Hôpital Notre-Dame, ils ont des difficultés au niveau du personnel mais également ils ont des difficultés au niveau du personnel dans tous les secteurs. Donc, il faut trouver une façon pour aller chercher plus de personnel au niveau des soins infirmiers, d'où les formations qu'on donne actuellement, les primes de rétention puis de rétention au niveau de la retraite. Donc, il faut voir ça pas comme juste un problème de soins intensifs, un problème global.

Puis vous montrer également la limitation des primes. On a retiré les primes pour l'été, mais, au niveau des soins intensifs actuellement, les gens ont des primes de 7 % à 10 % d'un montant supplémentaire lorsqu'ils travaillent aux soins intensifs, mais, dans certains établissements, ça n'a pas tout contrecarré l'effet.

Donc, ce qu'il faut faire, c'est, au niveau de l'établissement, voir à ce que les priorités soient données, voir également que... s'assurer que, si un patient nécessite des soins et que ça prend des soins intensifs... habituellement il y a des codes qui nous permettent de sortir certains patients.

Je fais attention par rapport au reportage d'*Enquête* parce qu'on nous montrait des situations... entre autres quelqu'un qui allait mourir, qui, lui, était aux soins intensifs et puis qui devait rester aux soins intensifs, il avait sa disponibilité. Mais parfois, oui, il y a des patients qui ont de la difficulté à monter, mais le professionnel de la santé est supposé de prendre... avec son jugement, de s'organiser pour donner les soins au patient. À partir du moment que le patient est dans l'hôpital, il y a un moyen de donner des soins appropriés, ne serait-ce qu'à l'urgence.

Le Président (M. Bouchard): Merci, M. le ministre. Nous passons à un nouveau bloc du côté des députés du parti gouvernemental, et je cède la parole au député de Lévis.

Modernisation de la gouvernance du réseau

M. Lehouillier: Oui. Merci. Merci beaucoup. Donc... M. le Président, merci beaucoup.

Donc, ce qui est intéressant, depuis que nous avons débuté ces travaux en commission parlementaire, c'est de voir que le ministre nous présente les grands choix stratégiques du gouvernement. Et, moi, ce que je constate, M. le Président, dans ces grands choix stratégiques gouvernementaux en matière de santé, c'est qu'il y a un dénominateur commun. Je pense qu'on assiste à des changements qui sont beaucoup plus importants que ce que tout le monde pouvait penser au départ. Au-delà des augmentations budgétaires qu'on connaît depuis plusieurs années, il y a une modernisation qui est enclenchée. Mais cette modernisation est enclenchée en fonction de deux éléments majeurs que je constate, moi, depuis le début des travaux de cette commission: la mobilisation de l'ensemble des acteurs, parce que, si on ne réussit pas à les mobiliser, je pense qu'on passe à côté, puis, deuxième-ment, le respect de l'ensemble des ressources humaines.

Le meilleur exemple, vous l'avez donné ce matin dans le cadre du dossier de la santé, lorsque vous avez indiqué: Bien, on ne peut pas arriver, puis débarquer dans une clinique médicale avec la quincaille, puis dire: Voilà maintenant le nouveau système informatique qu'on applique. Alors, il faut quand même voir où sont rendues les ressources humaines sur place puis comment elles peuvent accéder de façon la plus simple possible au nouveau système. Sinon, on risque de paralyser le système. Je pense que ça, c'est quand même des éléments importants.

Et, à travers tout ça, M. le Président, alors donc, à travers tout ça, vous avez parlé également... Puis ça, je pense que c'est un élément dont on a beaucoup entendu parler aussi en campagne électorale, en tout cas, moi, en ce qui me concerne. On a parlé... on parle de plus en plus... et là on est toujours autour de la ressource humaine, donc, et des besoins de nos travailleurs, donc on a parlé de certaines modifications qui seront effectuées à la gouvernance dans les réseaux québécois de la santé et des services sociaux. Alors donc, évidemment, pouvez-vous nous informer...

Est-ce que, M. le Président, le ministre pourrait nous informer concrètement sur les changements à venir puisque déjà il y a un projet de loi qui a été déposé, le projet de loi n° 14, à cet égard-là, au niveau de la gouvernance? Parce que ça, c'est quand même un autre aspect important de la modernisation pour faire en sorte que sur le terrain on puisse vraiment devenir un endroit aussi attractif, que le milieu de la santé devienne un endroit attractif. Voilà.

M. Bolduc: Bien, la gouvernance, ça concerne surtout le dossier des conseils d'administration d'établissement. Il y a eu des représentations de faites par l'AQESSS et par différents acteurs du réseau de la santé pour dire qu'au niveau de nos conseils d'administration on aimerait avoir des conseils d'administration qui vont représenter les gens différemment. Puis on voudrait avoir, également, avoir des membres qui viennent un peu plus de l'externe que de l'interne de l'établissement pour assurer une certaine objectivité. Premier élément.

Deuxièmement, on aimerait avoir des gens avec certaines compétences. Les compétences doivent être variées, mais il faudrait aller chercher certaines compétences

pour s'assurer qu'il y a une bonne représentativité des différentes compétences nécessaires pour le fonctionnement d'un conseil d'administration.

Le troisième élément, on sait qu'au niveau de la gouvernance, quand les conseils d'administration sont trop gros, à un moment donné, on perd de l'efficacité.

Donc, une révision au niveau de la gouvernance du réseau de la santé, au niveau des conseils d'administration, une révision dans le sens d'avoir des conseils d'administration plus petits, avec quand même un certain nombre de personnes. Deuxièmement, avoir plus de membres externes, tout en continuant... en ayant une représentativité au niveau des usagers puis une représentativité au niveau du personnel de l'établissement. Et puis également d'avoir des gens, comme je vous disais, qu'en termes de compétences... que ce soient des compétences plus variées. Donc ça, c'est un projet qui va être déposé bientôt, et on pense que ça va se faire quand même assez bien parce que c'est une demande qui vient des principales organisations pour améliorer le fonctionnement de notre réseau de la santé.

M. Lehouillier: M. le Président, ça répond entièrement à ma question, et je pense que c'est un volet extrêmement important pour la suite des choses parce que, moi, j'en ai beaucoup entendu parler, et ça aussi, ça va avoir pour effet, je pense, de créer une confiance aussi, de ramener une certaine confiance, je parle à l'intérieur même de notre système de santé. Donc, c'est un pas dans la bonne direction. Merci. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard): Alors, je comprends que la prochaine question, c'est M. le député des Îles-de-la-Madeleine qui la posera. Allez-y, M. le député.

Bilan de la lutte aux infections nosocomiales

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Ma question va porter sur les infections nosocomiales. On pourra se rappeler l'année 2004, au Québec, où on a connu une crise C. difficile de façon assez importante évidemment, qui a fait couler beaucoup d'encre et dont on a beaucoup entendu parler de l'écllosion de la bactérie C. difficile dans les hôpitaux. Et, vous savez, ces infections nosocomiales ont non seulement un coût budgétaire, mais également des coûts sociaux et humains assez importants. Et, vous savez, M. le Président, un cas de C. difficile dans un centre hospitalier, c'est gérable. C'est toujours un cas de trop, mais on est capable de... Pour avoir été directeur général pendant 30 ans dans le réseau de la santé et également plusieurs années en centre hospitalier, je pense que les infections nosocomiales, c'est une problématique qu'on n'aime pas trop souvent y faire face. Et plusieurs cas, particulièrement au niveau du C. difficile, évidemment ça ébranle toute une organisation et, je dirais, toute la dispensation des soins. Donc, la prévention est souvent le meilleur remède pour faire face à ces problématiques.

Alors, M. le Président, j'aimerais ça que le ministre de la Santé nous parle un peu quels sont les résultats, depuis 2004, de la lutte aux infections nosocomiales.

Le Président (M. Bouchard): M. le ministre, s'il vous plaît.

● (17 h 20) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, écoutez, c'est encore, je pense, une histoire d'un succès au Québec. Vous savez, en 2004, il y avait eu une grande publicité par rapport au nombre de cas de Clostridium difficile qu'on avait dans nos établissements. À ce moment-là, il avait été fait mention, dans un article, entre autres, de l'Association médicale canadienne, que nos germes ici, au niveau du Clostridium difficile, étaient beaucoup plus pathogènes qu'ailleurs, ce qui a été confirmé par la suite. Mais ça démontrait également qu'il y avait un travail à faire à plusieurs niveaux.

Le premier niveau, c'était d'abord un travail de prévention et, deuxième niveau, c'est un travail de détection. Et on a mis en place des mesures d'hygiène assez importantes, qui fait que par la suite il y a eu une diminution marquée au niveau du nombre de cas de Clostridium difficile. Et je vous dirais que ça a été une concertation entre le milieu médical, le milieu hospitalier et les différents experts pour mettre en place des mesures qui sont très, très payantes en termes de prévention, entre autres le lavage des mains, l'isolement des patients, la détection précoce au niveau des tests, juste avertir les gens d'être attentifs aux différents symptômes. C'est toutes des mesures qui ont été mises en place, qui ont fait qu'on a pu diminuer de 50 %... on a diminué de deux fois le nombre de cas entre 2004 et 2008. Et actuellement le Québec est la seule province qui publie ses taux de Clostridium difficile par établissement. Et c'est la province également qui a le meilleur système en termes de surveillance.

Et puis, je peux vous dire que c'est un travail qui a été fait de façon professionnelle. Et ça, il faut en féliciter les gens dans le réseau de la santé parce que tout le monde s'est mis à la tâche. Et inutile de vous dire qu'actuellement on parle beaucoup de nettoyage de mains. La rénovation des établissements tient compte, entre autres quand on parlait du CHUM, que ça va être seulement que des chambres privées. C'est justement pour prévenir des infections nosocomiales parce que, quatre personnes qui demeurent dans la même chambre, s'il y en a un qui a la grippe, pas longtemps après les trois autres l'ont. Donc, c'est toutes des mesures de prévention qui sont importantes.

Ce que ça veut dire en pratique, ça veut dire que ça évite à plus de 3 000 patients de s'infecter avec le Clostridium difficile, annuellement. Et on a évalué que ça diminuait le nombre de décès de 100, de 100 personnes, ce qui est quand même très significatif. Et ça, je pourrais vous dire qu'on est pratiquement un modèle. C'est dommage que le député de... Si vous discutez avec le député de Mercier, il va vous dire que dans son établissement il y a un médecin, à cet endroit-là, qui a travaillé beaucoup à ce niveau-là, dont, entre autres, au niveau de l'infection des mains. Et l'Hôpital Pierre-Le Gardeur est un modèle en termes de diminution de cas d'infection, au niveau du Clostridium difficile entre autres, au niveau de tous les autres germes, également. Donc, il s'est fait beaucoup, beaucoup de choses intéressantes dans le réseau, et on a des beaux exemples de succès.

M. Chevarie: Merci.

Le Président (M. Bouchard): Alors, merci. Je cède maintenant la parole au député de Châteauguay, en lui signifiant qu'il reste à peine 10 minutes pour poser sa question.

M. Moreau: 10 minutes seulement? Alors, je me permettrai, M. le Président, d'abord de féliciter le ministre pour son accent anglophone. Je l'ai entendu tantôt, et, avec une consonance du lac, c'est très joli.

M. Bolduc: C'est beau, hein?

M. Moreau: Entendu d'ici, c'est très bien.

Le Président (M. Bouchard): ...une invitation à danser, monsieur.

M. Moreau: Voilà.

M. Bolduc: M. le Président, je suis très populaire.

M. Moreau: Est-ce que je dois vous rappeler au règlement, M. le Président. Vous m'avez interrompu, là, j'avais une question et je n'ai que 10 minutes pour la poser.

Le Président (M. Bouchard): Je n'avais pas noté que vous aviez commencé à parler. Allez-y.

Stratégie de main-d'oeuvre en soins infirmiers

Financement et bilan

M. Moreau: Ah, O.K. Bon, écoutez, dans le réseau de la santé, on l'a fait lorsqu'on a terminé le bloc tantôt, saluer de façon toute particulière le travail important des gens qui quotidiennement sont dans les établissements de santé, qui prodiguent les soins, et vous l'avez fait de façon admirable.

Ce qui m'amène donc à enchaîner avec un sujet que vous connaissez bien et qui avait été amorcé par votre prédécesseur, M. Couillard, en juin 2008, c'est-à-dire une stratégie de main-d'oeuvre en soins infirmiers. Et cette stratégie de main-d'oeuvre en soins infirmiers, elle est d'autant plus importante qu'elle représente un investissement considérable, je pense, de deniers publics, on m'indique, à la hauteur de 81 millions de dollars.

Alors, dans un premier temps, j'aimerais que vous me confirmiez les efforts financiers qui sont consentis par le ministère à l'égard de cette stratégie, d'une part, et, comme elle a été annoncée il y a déjà un moment, il y a presque un an, j'aimerais savoir si vous avez fait une analyse depuis la mise en place de cette stratégie et si vous êtes en mesure... si, M. le Président, le ministre est en mesure de nous indiquer aujourd'hui quels sont les effets vraisemblablement bénéfiques de cette importante stratégie de main-d'oeuvre à l'égard des soins infirmiers.

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

M. Bolduc: Comme de fait, je peux vous confirmer qu'on a investi 81 millions de dollars dans une nouvelle stratégie au niveau des soins infirmiers. Cette stratégie-là consiste en plusieurs initiatives.

Une, entre autres, qui est intéressante, c'est le... Il y a 23 projets de réorganisation du travail, et ces 23 projets là vont nous permettre d'aller chercher des façons différentes de faire puis d'améliorer le fonctionnement au niveau des établissements parce que... On est

revenus beaucoup, au cours des trois derniers jours, là-dessus. C'est que, si on veut améliorer notre réseau de la santé, oui, il y a de l'argent parfois qu'il faut injecter, mais surtout il faut revoir nos façons de faire et faire de la réorganisation du travail pour être plus performants.

Également, ce qu'on a fait, c'est que — on en a parlé tantôt — c'est qu'au niveau des soins intensifs on a mis en place une prime, pour les gens, de 7 % à 10 % qui... C'est un coût total de 29,4 millions de dollars par année.

Ce qu'on fait également, c'est qu'on crée 115 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne. On a mis en place un plan d'effectifs infirmiers. Et puis on se donne un environnement de travail amélioré. Puis ça, ce qu'on a fait, c'est qu'on a injecté 10 millions de dollars pour l'achat d'équipements en soins infirmiers en milieu hospitalier et en hébergement. Et puis également, ce qu'on fait, c'est qu'on essaie de mettre en place une stratégie pour améliorer le climat de travail. C'est une stratégie qui s'appelle Planetree, qui a été éprouvée dans certains établissements, et actuellement on essaie de la diffuser dans tout le réseau de la santé.

En termes de mesures également, ce qu'on fait, c'est qu'on essaie de faire un plan — on en a parlé ce matin — pour réduire la main-d'oeuvre indépendante utilisée dans le réseau. Je pense que l'ensemble du réseau est d'accord que la main-d'oeuvre indépendante, c'est-à-dire la main-d'oeuvre qui vient d'agences privées, est un moindre mal, actuellement. C'est que, pour éviter des ruptures de service dans certains secteurs ou pour décharger un peu la... pour diminuer la charge de travail du personnel, on doit embaucher des infirmières qui proviennent du privé. Ce n'est pas une stratégie qu'on veut à long terme, mais c'est une stratégie actuellement avec laquelle on s'adapte. Mais ce qu'on vise à long terme, c'est d'avoir un réseau public qui utilise le moins possible ce type d'agence.

L'autre chose qui est importante, puis ça, c'est une affaire en marge du 81 millions, c'est la question des primes pour les jeunes infirmières — ça, c'est un engagement électoral que l'on va tenir — puis également des primes pour faire la rétention des infirmières qui iraient à leur retraite, que, si elles peuvent nous donner de l'aide un peu pour quelques années, ça va soulager le réseau puis ça va diminuer la charge de travail de celles qui restent.

Donc, ce sont toutes les mesures qu'on a mises en place. On a une stratégie qui est très cohérente et, à la fin, on vise l'amélioration au niveau de la qualité du travail des gens, l'amélioration au niveau de l'organisation du travail. Puis ce qu'on vise également, c'est d'avoir un travail qui est plus réparti entre les différents individus. Et puis ça, ce plan-là, c'est 81 millions de dollars. Mais il y a aussi le plan, comme je vous dis, pour la rétention des infirmières et les primes aux nouvelles infirmières, qui est un plan qui est à part.

Amélioration des conditions de travail

M. Moreau: Bien. M. le Président, le ministre, vous l'aurez remarqué, puisque vous êtes très attentif aux réponses qu'il donne, a parlé, dans le cadre de cette stratégie-là, d'un élément qui est très important. Vous avez souligné l'amélioration du climat de travail. Et l'amélioration du climat de travail, ce n'est pas bon que dans le secteur de la santé, c'est bon dans tous les

secteurs, dans tous les milieux de travail, c'est ce qu'on essaie d'atteindre. Mais, j'imagine, en particulier dans le contexte particulier et plutôt stressant de milieux hospitaliers, j'imagine que la question de l'amélioration du climat de travail est un élément très important.

Aussi, M. le Président, j'aimerais savoir — et je ne sais pas quel est le temps qu'il nous reste — si, dans le temps qu'il nous reste, le ministre pourrait, en tout ou en partie — sinon, j'aurai d'autres questions pour le temps qu'il nous reste — nous parler de cet aspect plus particulier de l'amélioration des conditions de travail.

Le Président (M. Bouchard): Alors, il vous reste quatre minutes.

● (17 h 30) ●

M. Bolduc: Bien, le climat de travail est quelque chose de très important. Quand on a un bon climat de travail, les gens sont plus heureux. Mais un élément qui est conséquent également, c'est qu'on a une meilleure rétention des gens au travail. Si on a un mauvais milieu de travail, les gens ont tendance à quitter, puis une des difficultés qu'on a, c'est qu'il faut retenir nos professionnels à l'intérieur du réseau de la santé et éviter qu'ils s'en aillent vers d'autres professions.

L'autre élément qui est important au niveau du climat de travail, c'est que, si on a une réputation d'avoir un bon climat de travail, ça incite les jeunes à venir dans des domaines dans lesquels ils vont venir travailler dans nos entreprises. Donc, il y a une cohérence à favoriser d'avoir un bon milieu... un bon climat de travail.

Deux grands chantiers. Le premier chantier, c'est l'entreprise en santé, dont le ministre fait partie et que... et aussi le CSS de Chicoutimi a entrepris le programme. Entreprise en santé, c'est un programme qui fait qu'on se préoccupe des gens à tous les niveaux, hein, au niveau du climat de travail, au niveau de l'installation, dans le milieu du travail, des aires de repos, si possible même avoir des endroits pour faire de l'exercice, un milieu sans fumée — ça, c'est reconnu parce que c'est partout au Québec, mais il faut toujours penser que, voilà pas si longtemps que ça, c'étaient des milieux où qu'il y avait de la fumée — au niveau de l'alimentation également, les aliments qui vont être offerts à la cafétéria, et puis également des stratégies pour que les gens se sentent heureux au travail et fassent un meilleur apport.

La deuxième grande stratégie qu'on utilise au Québec, qu'on veut diffuser dans la majorité des établissements, c'est ce qu'on appelle le programme Planetree, qui est un programme qui vise à l'humanisation des soins puis à l'amélioration du climat de travail. À l'intérieur de ce programme-là, il y a plein de stratégies qui sont mises en place pour qu'à la fin les gens se sentent mieux dans leur milieu de travail. C'est important parce que, comme on disait tantôt, si on veut avoir une main-d'oeuvre qui fonctionne bien, ça nous prend une main-d'oeuvre qui est heureuse puis une main-d'oeuvre qui se plaît dans nos organisations, et, pour ça, il faut avoir des stratégies dans lesquelles on va travailler avec eux autres pour qu'ils nous donnent les moyens pour mieux fonctionner.

Mise en oeuvre d'actions terrain en organisation du travail

M. Moreau: Il nous reste deux minutes? Ah! Très bien. Alors, je reviens sur la question de notre

investissement de 81 millions de dollars. Vous avez parlé aussi, dans cette première réponse là, de 23 actions terrain en organisation du travail qui avaient été planifiées.

Est-ce que vous êtes en mesure de nous parler davantage de ces actions-là et surtout de nous dire: Est-ce qu'ils sont à l'étape de projet ou si on a commencé la mise en oeuvre dans ces cas-là?

M. Bolduc: Les projets vont se faire dans trois grands secteurs: d'abord dans le soutien à domicile, l'hébergement et les soins critiques. Et c'est chacun des CSS, là, qui devait déterminer son projet. Il y a des projets qui sont en mise en oeuvre actuellement puis il y a des projets qui sont à débiter. Donc, on est à tous les niveaux. Puis, ce qu'on veut, c'est que, les projets qui fonctionnent à des endroits, une fois que l'évaluation du projet va avoir été faite puis qu'on voit que ça donne des résultats, à ce moment-là on veut les diffuser dans les autres établissements. Mais, nos trois secteurs prioritaires, je les répète: soins à domicile, hébergement et les soins critiques.

M. Moreau: Merci.

Le Président (M. Bouchard): Alors, très bien, merci. Nous amorçons un dernier bloc du côté de l'opposition officielle, un bloc de 15 minutes. Le député de Marie-Victorin, s'il vous plaît.

Infirmières praticiennes spécialisées (suite)

Programme de bourses

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, on va essayer de couvrir encore une fois quelques sujets rapidement. D'abord, sur les superinfirmières.

Lorsque Philippe Couillard a annoncé la formation et l'embauche de 50... 75, dis-je, infirmières spécialisées, c'était en 2003, il avait annoncé un programme de bourses de 30 000 \$ destiné à l'infirmière durant sa deuxième année d'études à la maîtrise de praticienne en spécialité, au moment où elle serait en stage en établissement, l'idée étant évidemment d'attirer les infirmières vers ce programme-là.

La question que je voudrais poser au ministre: Est-ce qu'il peut nous dire combien de ces bourses ont été versées? Combien de ces bourses de 30 000 \$ ont été versées?

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

M. Bolduc: Ce que j'ai comme notes actuellement, M. le Président, sur les 69 boursières, 53 ont obtenu, à ce jour, une promesse d'embauche, tandis que les autres sont en démarche. Mais, à ma connaissance, ces gens-là sont tous des boursières, c'est-à-dire qu'on en a 69.

M. Drainville: Et est-ce que... peut-être a-t-il déjà répondu à cette question-là, je suis désolé, je la repose, si jamais c'est le cas, vous me le direz: Est-ce que vous avez l'intention de maintenir ce programme de bourses afin, entre autres, d'encourager les infirmières, là, qu'on souhaite former pour la première ligne, les

115 postes d'infirmières praticiennes de première ligne? Philippe Couillard en avait souhaité la création de 115. Ce matin, je crois que vous disiez que vous vouliez en former, d'ici 2011, 190, puis éventuellement, d'ici quelques années, 500. Ça, c'est pour l'ensemble, pas juste les «première ligne», pour l'ensemble.

Alors, est-ce que le programme de bourses de 30 000 \$ existe toujours? Et est-ce que... Qui pourra en bénéficier?

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

M. Bolduc: Bien, le programme existe toujours, et puis c'est les infirmières qui veulent se proposer pour devenir infirmières praticiennes spécialisées. La base pour... avant de devenir une infirmière praticienne spécialisée, il faut être infirmière avec un bac. Donc, ceux qui sont intéressés, le programme va être disponible.

M. Drainville: Est-ce à dire, M. le Président, que chaque infirmière qui souhaite obtenir donc cette maîtrise a droit à la bourse? Est-ce que chaque infirmière qui veut devenir infirmière praticienne spécialisée peut obtenir la bourse de 30 000 \$?

M. Bolduc: Chaque infirmière qui est accepté dans le programme peut avoir la bourse de 30 000 \$.

Plan d'effectif

M. Drainville: Une autre question, M. le Président. Bon, les critiques du gouvernement sur tout ce dossier-là disent que le problème avec les super-infirmières, c'est que le gouvernement ne s'est toujours pas donné de plan d'effectif pour la profession de super-infirmière. Est-ce que le gouvernement a l'intention de se donner un plan d'effectif, oui ou non?

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

M. Bolduc: M. le Président, présentement, là, on a un programme d'intégration qui est prêt. Les nouvelles infirmières... les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, c'est une nouvelle façon de faire dans les établissements. Donc, avec les établissements, on est en train de travailler pour voir qu'est-ce qu'ils vont pouvoir faire. Puis également il y a des discussions entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et l'Ordre des infirmières pour ajuster le rôle de l'infirmière praticienne de première ligne. Donc, c'est un travail qui est en train de se faire, et, quand les gens vont tomber... vont rentrer sur le marché du travail, on devrait être en mesure de leur offrir les tâches... le travail nécessaire, là, pour qu'ils effectuent leurs tâches.

Intégration des infirmières auxiliaires à des services plus spécialisés

M. Drainville: Pour ce qui est, M. le Président, des infirmières auxiliaires maintenant, bon, nous les avons rencontrés. On sait que, dans les projets qui sont en discussion au sein du réseau, il y a cette idée d'intégrer les infirmières auxiliaires au sein des blocs opératoires,

mais également au sein de certaines salles d'urgence, et également dans les services de soins à domicile.

Est-ce que le ministre de la Santé peut nous dire comment ça va, cette intégration des infirmières auxiliaires. Apparemment, il y aurait quand même certaines résistances. Est-ce que c'est le cas? Est-ce que vous confirmez qu'il y a des résistances à l'intégration des infirmières auxiliaires aux blocs opératoires? Et est-ce que c'est possible de savoir combien de ces infirmières auxiliaires ont déjà été intégrées dans les blocs opératoires des hôpitaux du Québec?

M. Bolduc: Le premier élément, c'est pour dire qu'on a une volonté d'intégrer les infirmières auxiliaires au niveau des différentes équipes dans les établissements puis en soins à domicile. Le deuxième élément, c'est oui, parce que, d'un endroit à l'autre, il y a de la résistance au changement, mais je pourrais vous dire qu'il y a des endroits que ça va bien, puis il y a des endroits que c'est un petit peu plus difficile, comme dans tout secteur quand il y a un changement qui est majeur. Parce que c'était quand même un changement majeur d'amener à avoir des infirmières auxiliaires dans des services qu'on disait plus spécialisés comme le bloc opératoire et également les salles d'urgence.

Pour ce qui s'agit du chiffre, là, je ne l'ai pas disponible devant moi, je ne sais pas... on devrait essayer de l'avoir pour demain, parce que ça demande un peu de recherche.

M. Drainville: Parce que ce que nous disait le président de l'ordre, c'est qu'il y avait un très grand nombre d'infirmières bachelières qui font des soins à domicile, et lui suggérait, là... puis il faudrait évidemment consulter les principales intéressées pour voir si elles sont d'accord, mais, à son avis, on pourrait demander à un plus grand nombre d'infirmières auxiliaires de faire le travail donc de soins à domicile, ce qui permettrait de libérer les infirmières bachelières pour d'autres tâches. Donc, c'est cette espèce de rééquilibrage, recalibrage qu'il faut faire un peu partout dans le réseau, les infirmières auxiliaires, infirmiers et infirmières auxiliaires se disent prêts, comment dire, à participer à ça, mais évidemment, quand tu bouges l'un, il faut que l'autre soit d'accord, et tout ça, là.

M. Bolduc: Je suis content parce que le député de Marie-Victorin commence à comprendre les principes lignes d'organisation du travail où on revoit les tâches des gens. Et puis un des principes intéressants, puis là je deviens un peu passionné quand on parle de ça, c'est d'utiliser au maximum les compétences de chacun et de redéterminer le type de travail que chacun peut faire. Et ce qu'on fait, la tendance qu'on va faire actuellement dans le réseau, c'est que nos médecins spécialistes peuvent délaissier des choses au niveau des médecins omnipraticiens et au niveau des infirmières praticiennes spécialisées. Les médecins peuvent délaissier des choses au niveau des infirmières, des bachelières, des infirmières praticiennes spécialisées. Les infirmières devraient partager des tâches avec les infirmières auxiliaires. Et tous ces gens devraient également partager des tâches avec les préposés. Et ce qu'on veut, c'est former des équipes de travail dans

lesquelles chacun est utilisé pour ses compétences, et naturellement on vise qu'exemple faire des lits ce ne soit pas fait par une infirmière bachelière mais plutôt fait par des préposés. Donc, c'est l'organisation du travail qu'on est en train de mettre en place au Québec. La pédagogie fonctionne.

Utilisation de main-d'oeuvre indépendante (suite)

M. Drainville: Oui. Bien, le ministre devient passionné, pense-t-il, je vais laisser les gens qui nous écoutent juger de ça, je ferais attention à la suffisance, par exemple, juste un petit peu, juste ça.

● (17 h 40) ●

Alors, écoutez, il me reste quelques minutes, je vais laisser... Il me reste huit minutes. On n'a pas tout à fait terminé, M. le Président, la discussion sur la stratégie que le gouvernement veut se donner pour limiter et éventuellement éliminer le recours aux agences privées. Vous vous rappelez, ce matin on avait commencé à discuter de ça.

Vous en étiez à dire que, sur la titularisation, vous étiez en discussion avec les syndicats, mais il semblait y avoir des obstacles. En deux minutes, je ne sais pas si vous pouvez compléter votre idée, parce que j'aimerais laisser les cinq dernières minutes à mon collègue le député de Masson, qui aimerait bien vous poser une question, alors je ne sais pas si vous pouvez en deux minutes compléter la réponse que vous aviez commencé à nous donner sur la stratégie que vous voulez mettre de l'avant pour diminuer, éventuellement éliminer le recours aux agences privées, y compris celles qui ont recours aux infirmières.

M. Bolduc: Bien, ce qu'il faut faire, dans un premier temps, pour limiter les agences privées... Il faut comprendre que les agences privées sont dans le réseau tout simplement parce qu'on a une pénurie d'infirmières puis il faut augmenter le nombre d'infirmières, dans un premier temps, et mieux les utiliser, et, pour le faire, il faut se donner des stratégies gagnantes. Donc, la question, c'est d'en avoir plus qui sont formées, être capables de les garder, dont, entre autres, les primes pour la retraite. Et le troisième élément, c'est de leur donner des conditions de travail qui pourraient être différentes dont, entre autres, la titularisation, c'est-à-dire qu'on leur offre des postes...

M. Drainville: C'est la permanence, hein, pour les gens qui nous écoutent, la permanence.

M. Bolduc: La titularisation, c'est l'équivalent de la permanence, et puis ce qu'on veut, c'est passer à un taux de 60 % de titularisation au niveau du personnel infirmier. La résistance, ça ne vient pas toujours de nous autres, parce que nous autres c'est l'objectif qu'on donne, c'est que, les gens sur le terrain, ce n'est pas toutes les infirmières qui sont intéressées à être titularisées, contrairement à ce qu'on peut penser, parce que la titularisation amène une autre conséquence, c'est l'obligation de rentrer puis de donner une disponibilité. Et, moi, ce que j'ai vu dans le réseau, puis dans le réseau sur le terrain, c'est qu'il y a des infirmières qui préféreraient rester comme avant, c'est-à-dire offrir certaines

disponibilités mais ne pas avoir d'obligation. Et puis c'est là qu'on a des difficultés parfois au niveau de la titularisation. Mais ce qu'on vise, c'est définitivement d'avoir une titularisation à 60 %.

Et puis on offre à toutes les infirmières un minimum de chiffres disponibles, et puis il y a des gens qui ne veulent tout simplement pas avoir des chiffres disponibles parce que ça devient une obligation pour eux autres de travailler. Mais, pour l'établissement, c'est important que, s'ils sont disponibles, ils puissent le faire.

M. Drainville: Une permanente, il faut qu'elle soit disponible.

M. Bolduc: Bien, il y a une permanence, c'est dans le sens que ce qu'on a offert, c'est l'équivalent de deux chiffres aux 15 jours, de régulier, c'est-à-dire qu'on leur garantit leurs chiffres. Mais il y en a qui n'en veulent pas parce qu'ils préféreraient toujours être selon une disponibilité. C'est un effet... Vous savez, quand on prend une mesure, quand on prend une mesure, il y a des conséquences. Et puis là on tombe dans l'autre affaire, c'est qu'il y en a qui nous disent... ce n'est pas ça qu'ils voudraient, mais, à un moment donné, il faut prendre une règle et puis appliquer la règle à tout le monde. C'est un principe de base en gestion.

Le Président (M. Bouchard): Merci, M. le ministre.

M. Drainville: Je vais laisser mon collègue de Masson prendre la parole. Mais, deux jours sur 15, M. le ministre, je trouve que c'est une permanence...

M. Bolduc: Bien, ce n'est pas une permanence. Ce que les gens demandaient, c'est une garantie de chiffres pour s'assurer qu'ils vont travailler. Ça, c'est pour contrecarrer également... Il y a des gens qui n'étaient pas sûrs de travailler à chaque semaine, ça fait qu'on leur garantissait un minimum d'heures de travail.

Le Président (M. Bouchard): Très bien. Alors, M. le député de Masson, s'il vous plaît.

Accessibilité aux cliniques sans rendez-vous

M. Tremblay: Bien, merci beaucoup, M. le Président. Pardonnez ma voix. Vous savez, j'ai eu la chance de visiter les hôpitaux de Laval, Laurentides, Lanaudière dernièrement, et les cliniques aussi, et on s'est rendu compte d'une problématique qui était présente vraiment dans ces trois régions-là, c'est les cliniques sans rendez-vous. Il y a plusieurs cliniques sans rendez-vous dans ces villes-là, dont Mascouche qui fait partie de mon comté, puis on appelle ça des cliniques sans rendez-vous, du moins il faut être malade... prévoir d'être malade la veille pour pouvoir avoir un rendez-vous le lendemain matin. C'est un petit peu ridicule. Puis je sais que vous avez passé dans le comté visiter l'hôpital Pierre-Le Gardeur. Vous vous êtes même rendu compte vous-même que l'urgence était pleine à craquer.

Moi, ma question, M. le Président, c'est à savoir: Comment est-ce que le ministre pense gérer la situation

pour essayer de donner un coup de main au niveau des cliniques, là, les cliniques sans rendez-vous, pour pouvoir donner la chance? Il y a même des enfants... pour parler de cas que j'ai vécus, il y a des enfants avec... des parents que les enfants sont en ligne, puis tu es obligé de leur dire: Bien, excusez, il n'y a plus de place pour aujourd'hui. Là, ils s'en vont à l'urgence, puis nos urgences débordent. Donc, ma question est simple: Comment est-ce que le ministre pense de tenter de régler la situation, du moins?

M. Bolduc: Il faut améliorer l'accessibilité aux médecins. Puis, quand on met en place une clinique sans rendez-vous... quand on met en place des cliniques sans rendez-vous... c'est déjà bien qu'on en ait dans les régions, le problème, c'est que le médecin, il ne peut pas voir plus qu'un certain nombre de patients dans une journée. Pour contrecarrer ça, ce qu'on favorise, c'est la formation de groupes de médecine de famille puis également la formation de cliniques-réseaux. Parce que, dans les deux cas, on ajoute du personnel qui sont des infirmières qui peuvent nous aider à décharger le médecin.

Quand on se promène dans la région de Lanaudière, Laval et également les Laurentides, il y a une organisation de ce service à se donner. Et puis ce que, nous autres, on a fait, entre autres dans les Laurentides, on a annoncé un GMF, et là les gens ont dit que ça les soulagerait pour leur clientèle. Mais ce qu'on veut, c'est qu'on réussisse à finir par prendre plus de patients. Mais ça va passer nécessairement par la sortie des nouveaux médecins, l'organisation sur le territoire, au niveau des cliniques, en intégrant d'autres types de professionnels pour partager les tâches. Et, troisièmement, bien, qu'est-ce que vous voulez, c'est qu'il faut avoir des alternatives dans le secteur, dont, entre autres, quelqu'un qui ne peut pas être vu dans une clinique, il faut qu'on ait une urgence qui soit disponible.

Et on est très conscients que, dans vos régions, les trois régions, c'est des régions, au niveau démographique, qui augmentent énormément. Donc, il faut ajuster nos ressources pour les besoins de la population.

M. Tremblay: ... la population, à quand on peut dire, M. le Président, que ça va être vraiment réglé, là? Parce que, là, je peux vous dire que c'est un en arrière de l'autre, les cas de cliniques sans rendez-vous que ça déborde.

M. Bolduc: Oui, mais je peux vous dire que les cliniques sans rendez-vous, au Québec, sont toutes... Ils ont tous beaucoup d'ouvrage, et puis il faut que, localement avec le CSS, on ait un plan de coordination au niveau de la consultation. Et puis c'est vraiment au niveau local qu'il faut qu'ils organisent ça, parce que les ressources sont disponibles. Et on reconnaît qu'il y a quand même une pénurie de médecins, et c'est pour ça qu'on a fait une table de coordination, pour donner une meilleure accessibilité à la population. Et puis c'est des choses qu'on va travailler, là, au cours des prochains mois. Mais on ne peut jamais fixer une date précise parce que ce serait irréaliste, et puis je pense que, quand on demande ça, il faut voir la réalité en face, là, que ça

demande un travail au niveau du CSS pour avoir une meilleure coordination des soins.

Le Président (M. Bouchard): Une petite minute et demie.

M. Tremblay: En terminant, M. le Président, juste pour rendre compte, l'effet, là, comment que c'est monstre, là, M. le Président, c'est que, présentement, on a du monde de Lanaudière, du monde de mon comté qui me font même part qu'ils s'en vont dans la région de Laval pour essayer de se faire soigner dans des cliniques sans rendez-vous, puis présentement ce qu'ils se font répondre, c'est: Retournez dans votre région parce qu'il n'y a plus de place ici. Donc, notre région est pleine, ils se font dire d'aller à Laval, Laval leur dit de retourner dans leur région, la clinique de notre région nous dit d'aller à l'hôpital.

Donc, je pense vraiment, s'il... il va falloir vraiment prendre une tangente, puis voir la réalité en face, puis essayer de trouver des moyens. Puis, encore là, moi, je suis d'accord avec mon collègue quand il dit: Il va falloir se mettre des objectifs, mais il va falloir s'en mettre, des objectifs, je pense, pour être capables de...

M. Bolduc: Oui. Ça, votre...

M. Tremblay: ...de répondre aux besoins.

M. Bolduc: Oui. Ça, votre collègue, je pense qu'il n'a jamais bien compris...

Une voix: ...

M. Bolduc: Il n'a jamais bien compris c'est quoi, le principe des objectifs. D'ailleurs, il se fixe des objectifs qui sont strictement irréalistes et il voudrait qu'on s'en fixe des irréalistes. La première chose à faire avant de fixer un objectif, c'est d'abord de voir c'est quoi, la réalité, c'est quoi, les ressources possibles, et, après ça, on se fixe des objectifs qui sont réalistes. Et il ne faut pas vivre sur une autre planète. C'est ce qui arrive souvent dans le réseau.

Le Président (M. Bouchard): Alors, merci, M. le ministre. Je vous rappelle que vous vous adressez à la présidence, s'il vous plaît.

Alors, nous amorçons désormais la journée de demain et nous avons à peu près 12 minutes de disponibles. Alors, je cède la parole au député de Châteauguay, qui me fait de grands signes.

Plans régionaux d'effectifs médicaux

M. Moreau: Non, ce n'était pas... juste ça. Mais on aborde la journée de demain parce qu'on est des visionnaires, M. le Président, il faut s'en féliciter. Et j'aborderai ce bloc en enchaînant sur les...

Une voix: ...modestie.

M. Moreau: ...les derniers mots du ministre — oui, bien oui! je m'inspire de vous. Alors, les derniers mots du ministre, c'était de rappeler que, lorsqu'on

avait... lorsqu'on se fixe des objectifs, encore faut-il que ces objectifs soient réalistes. Et le ministre a eu l'occasion de dire non seulement au député de Masson, mais il l'a dit souvent au député de Marie-Victorin, et tantôt il lui a dit: Écoutez, il y a trois éléments: mesurer la liste, mesurer les ressources disponibles et, troisièmement, déployer les ressources. Moi, j'ai compris ça de votre réponse, vous avez dû le répéter une deuxième fois cet après-midi. Alors, je vous trouve très courageux, vous avez un travail de pédagogue à faire, M. le ministre, et je sais que vous le faites bien.

Maintenant, dans le ministère de la Santé et des Services sociaux, je pense que c'est, toutes catégories, le ministère où il y a le plus d'acronymes. D'ailleurs, je demandais à mes collègues s'il y avait quelqu'un au ministère qui était responsable des acronymes. Et on m'a parlé, et les médias nous parlent dernièrement des PREM, les P-R-E-M. Alors, moi, je connaissais les ACMDP, les CII, les CR, les CLSC, les OIIQ, les CM, mais là, les PREM, j'ai appris que c'étaient les plans régionaux d'effectifs médicaux. Et, honnêtement, moi, j'aime mieux le nom au long parce que ça nous laisse l'impression qu'on parle plus en français. Mais c'est très important, les plans régionaux d'effectifs médicaux.

Et j'aimerais que vous saisissiez l'opportunité de l'amorce de ce dernier bloc...

Le Président (M. Bouchard): ...au président.

M. Moreau: ...pour expliquer au président, qui se brûle d'envie d'avoir la réponse, en quoi consistent les plans régionaux d'effectifs médicaux et est-ce qu'avec ces plans on se fixe des objectifs. Et, si oui, lesquels?

● (17 h 50) ●

M. Bolduc: Les plans régionaux d'effectifs médicaux, c'est d'abord une mesure d'équité, hein? Si vous regardez voilà 20 ans, la problématique qu'on avait au Québec, c'est que, quand les médecins sortaient, ils s'installaient dans des endroits précis, ce qui faisait qu'il y avait un décalage entre certaines régions: il y a des régions qui étaient assez bien pourvues de médecins puis il y en a d'autres qui étaient en gros déficit.

À un moment donné, dans une question d'organisation de services, ce qu'on a fait, c'est qu'il a été déterminé qu'on viserait, pour chaque région et chaque CSS, un nombre défini de médecins en médecine de famille puis des nombres définis également de spécialistes pour certains établissements. Donc, historiquement, ce qu'il faut comprendre... Puis souvent les gens ont tendance à dire: Les PREM, c'est quelque chose qu'il faudrait enlever. La plupart des gens qui connaissent bien le système disent que, s'il n'y avait pas de PREM, il y aurait des grandes inéquités au Québec en termes de répartition des effectifs.

Une fois qu'on a dit ça, on veut être équitables entre les régions, ce qui fait qu'à chaque année on dresse les besoins de chacune des régions en médecine de famille et en spécialité, et, compte tenu qu'il sort moins de médecins qu'on a de postes, on offre aux gens d'aller dans certains secteurs. Donc, si, exemple, vous n'avez pas de poste dans un établissement en pneumologie, bien vous ne pourrez pas vous installer dans cet établissement en pneumologie. Vous allez devoir choisir, parmi

tous les établissements dont un poste est disponible, de vous en aller à cet endroit-là.

En médecine de famille, c'est un travail également qui se fait, c'est-à-dire qu'on détermine par région une répartition équitable des médecins pour répondre aux besoins de population, et après il y a une façon puis une méthode, qui est quand même éprouvée avec les années, où chacun va déterminer à quel endroit il veut aller, faire un premier choix, un deuxième choix. Mais l'objectif à la fin, puis c'est ça qui est important, puis ça ramène l'idée du député de Masson, c'est qu'on veut que les médecins se répartissent de façon équitable sur le territoire québécois pour offrir la meilleure accessibilité possible.

Nous étions en pénurie. Actuellement, avec surtout les nouveaux médecins, la pénurie devrait se corriger progressivement, pas en une année mais sur plusieurs années. Ça fait qu'en plus de sortir des nouveaux médecins supplémentaires il faut qu'on s'organise pour qu'ils soient bien répartis sur le territoire québécois. Actuellement, on le reconnaît, il manque environ 800 à 1 000 médecins au Québec, d'où ce qui explique la difficulté d'avoir certains services dans certaines régions, mais, avec les années, on devrait réussir à le corriger. Mais ce qui est important, c'est qu'à chaque année on est mieux que l'année précédente.

M. Moreau: Et ce, depuis, je pense, 2003, n'est-ce pas? Parce qu'on sait, et on ne le rappelle pas assez souvent, ce qui a provoqué la pénurie autant chez les médecins que chez les infirmières, c'est les décisions regrettables du gouvernement précédent, précédant 2003, où on a mis à la retraite 1 500 médecins et 4 000 infirmières alors qu'on a coupé également dans les admissions en médecine. Alors donc, ces plans visent à rétablir les éléments de pénurie.

M. Bolduc: Ce que j'aimerais que la population du Québec comprenne, c'est que parfois on a des gens qui ont des cas particuliers qui voudraient jouer le système, hein? On a eu un reportage, la semaine dernière, d'un médecin qui pratiquait à Lévis, et puis ce médecin-là a dit: Moi, j'habite à Québec, j'aimerais ça pratiquer à Québec. Il faut comprendre que, lorsqu'on détermine les plans d'effectif, les gens doivent s'installer dans certains endroits, et ces endroits-là, c'est une mesure pour être plus équitables au niveau de la répartition des médecins au Québec. Et ce qu'on essaie, c'est de le gérer de la façon la plus juste possible.

M. Moreau: M. le Président, je céderais les cinq ou six minutes qui restent à mon collègue le député de Lévis.

Le Président (M. Bouchard): Très bien. Est-ce que vous acceptez, M. le député de Lévis? Très bien. Allez-y.

Maisons de naissance

M. Lehouillier: Alors, merci beaucoup, M. le Président. Alors, d'abord, je voulais signaler, M. le Président, que, la semaine dernière, avec le ministre de la Famille, j'ai eu l'occasion, dans mon propre comté, de participer à un souper-bénéfice à la maison Mimosa, donc ressources naissance, et j'ai eu l'occasion également

de voir le professionnalisme des gens qui travaillent à cette maison-là au niveau des ressources naissance. Et j'ai été également... On a également entendu, pendant cette soirée-là, des témoignages assez impressionnants de femmes qui sont suivies pendant la grossesse mais également après la grossesse. Et c'est quand même un aspect extrêmement dynamique de notre collectivité donc que sont les maisons de naissance.

Et, M. le Président, j'aimerais peut-être, au niveau de la pratique des sages-femmes qui se développe au Québec... on sait qu'on a une politique de périnatalité donc maintenant, intitulée Un projet porteur de vie, alors donc j'aimerais que vous nous parliez un peu, M. le ministre, de ces maisons de naissance qui se mettent en place au Québec un peu partout. Et, comme j'ai eu l'occasion d'assister à une soirée-bénéfice et que j'ai eu l'occasion de constater l'apport précieux de ces maisons dans le domaine... dans le secteur du domaine de la santé et des services sociaux, j'aimerais peut-être vous entendre là-dessus.

M. Bolduc: Bien, les maisons des naissances, au cours des dernières années, c'est devenu un jalon important de notre réseau de la santé parce que c'est une alternative pour les femmes qui veulent accoucher à un endroit autre que l'hôpital. On sait maintenant que c'est également des endroits sécuritaires. Et actuellement, au Québec, nous avons neuf maisons des naissances et nous voulons en développer encore plus. Et ce qu'on aimerait, c'est que chaque région en vienne à avoir sa maison des naissances pour nous permettre justement d'offrir le choix aux patientes. Dans le contexte de l'augmentation de la natalité au Québec, vous comprendrez que c'est un élément important parce que ça nous permet de justement désengorger nos établissements de santé.

Mais je pense que ce qui est encore plus important, c'est d'offrir le choix aux femmes de pouvoir accoucher dans le milieu qui lui plaît, avec des conditions sécuritaires. Puis je rajoute «avec des conditions sécuritaires» parce que souvent... bien, toujours les maisons de naissance ont des ententes avec les établissements qu'advenant un cas pour la mère ou pour le nouveau bébé à ce moment-là ça nous permet de faire des transferts plus facilement.

Moi-même, j'ai assisté à l'inauguration d'une maison des naissances à l'automne à la maison de Limoilou, qui est la plus grande au Québec avec cinq chambres, et je peux vous dire que c'est... avec cinq chambres... c'est avec grande satisfaction que les gens reçoivent ces projets dans leur milieu. Pour nous, c'est une stratégie importante dans la mise en place d'un système de santé que l'on veut le plus accessible possible, mais également, on oublie souvent, c'est qu'on veut offrir le choix aux gens, c'est des soins qui sont offerts, en autant que ce soient des soins de qualité et sécuritaires. Et ça, on peut vous assurer qu'au niveau de la maison des naissances c'est vraiment une nouvelle approche, qui date d'à peu près une dizaine d'années, qui a été mise en place au Québec.

Développement des ressources humaines

M. Lehouillier: Alors, ce que je voulais peut-être savoir, M. le ministre... également par rapport aux interventions que vous avez faites depuis le début de

cette commission parlementaire, on voit que vous avez une expérience et que monsieur... que le ministre a quand même une vaste expérience dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Je voudrais savoir, M. le ministre, qu'est-ce qu'on... M. le Président, je voudrais que le ministre nous indique un peu ses commentaires, par rapport à cette commission parlementaire là, sur les éléments nouveaux que vous allez apporter dans la... au cours de l'année qui vient, et peut-être nous indiquer un peu par rapport au développement des ressources humaines en particulier, dans le secteur de la santé.

M. Bolduc: Bien, au niveau des ressources humaines, vous savez qu'on en a une grande préoccupation. Puis je pense que le projet majeur, c'est vraiment les projets de réorganisation du travail, parce qu'actuellement, dans le réseau, les gens disent qu'ils ont une certaine surcharge de travail puis qu'il y a une pénurie de main-d'oeuvre, ce que l'on reconnaît puis qu'on travaille très fort pour essayer de corriger. Puis je ne referai pas le laïus pourquoi on en est arrivé là, là, suite à des décisions passées. Mais ce qu'on veut également, c'est de s'organiser pour leur donner un travail qui est plus satisfaisant en termes de charge de travail, un climat de travail acceptable, puis un milieu de travail dans lequel ils aiment évoluer.

Et puis, ça, ça va nous prendre toute une stratégie également pour une question d'accessibilité. Ça veut dire que ça nous prend également de l'accessibilité au niveau d'infrastructures qui sont, je vous dirais, assez récentes, ça nous prend la technologie, on parle de l'informatisation, ça nous prend les outils de travail pour qu'ils puissent faire de mieux en mieux leur travail, mais surtout ça prend la collaboration des gens. Et c'est pour ça que, quand on parle de réorganisation du travail, comme ministre, je ne peux pas dire: On va réorganiser. Ce qu'on peut dire, c'est: Comme ministre, je demande aux gens qu'on fasse un travail ensemble pour avoir des éléments pour vous donner les meilleures façons de travailler, pour vous aider à vous organiser. Mais, à la fin, il appartient aux gens du réseau de se prendre en main et de travailler avec nous pour justement avoir des meilleures conditions de travail et réussir à mieux fonctionner.

À la fin, sur quoi ça va déboucher? Ça va déboucher tout simplement sur des meilleurs soins aux patients. Parce que, si notre personnel est plus satisfait, puis on peut en avoir plus, bien, à ce moment-là, ça va nous permettre d'avoir une meilleure organisation du travail, avoir une meilleure accessibilité. C'est toute cette continuité-là de services qu'il faut mettre en place, et puis ça, c'est notre vision puis notre stratégie qu'on propose aux gens du réseau.

Le Président (M. Bouchard): Alors, merci beaucoup, M. le ministre.

Je vous fais part que la Commission des affaires sociales ajourne maintenant ses travaux au jeudi 23 avril, à 9 h 30, dans cette même salle, afin de terminer l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2009-2010.

(Fin de la séance à 18 heures)